



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA CRISTINA DIAS DE LIMA

**ABORTAMENTO LEGAL: ESTUDO DE CASO NUM HOSPITAL PÚBLICO DO  
SUL DO PAÍS**

CURITIBA

2017

MARIA CRISTINA DIAS DE LIMA

**ABORTAMENTO LEGAL: ESTUDO DE CASO NUM HOSPITAL PÚBLICO DO  
SUL DO PAÍS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Liliana Müller Larocca

Coorientador: Prof. Dr. Dênis José do Nascimento

CURITIBA

2017

L732 Lima, Maria Cristina Dias de  
Abortamento legal : estudo de caso num hospital público  
do sul do país / Maria Cristina Dias de Lima. – Curitiba,  
2017.  
117 f. : il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Líliliana Müller Larocca  
Coorientador: Prof. Dr. Dênis José do Nascimento  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná.

1. Aborto. 2. Violência contra a mulher. 3. Delitos  
Sexuais. I. Larocca, Líliliana Müller. II. Nascimento, Dênis  
José do. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade  
Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: W 867

## TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em SAÚDE COLETIVA  
Código CAPES: 40001016103P7

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **MARIA CRISTINA DIAS DE LIMA**, intitulada: "**Abortamento legal: estudo de caso num hospital público do sul do país**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

CURITIBA, 09 de Agosto de 2017.

*Liliana Müller Larocca*

LILIANA MÜLLER LAROCCA  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

*Aida Maris Peres*

AIDA MARIS PERES  
Avaliador Externo (UFPR)

*Maria Marta Nolasco Chaves*

MARIA MARTA NOLASCO CHAVES  
Avaliador Interno (UFPR)

*Dedico esta dissertação aos meus queridos pais e a minha pequena filha Maria Julia, que mesmo sem compreender, dividiu o meu tempo, que é seu, para a realização desta pesquisa. Dedico também a todas as mulheres, na esperança de que a sociedade seja muito mais gentil com todas nós.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente todas as pessoas que de alguma forma estiveram ao meu lado nesta caminhada, que não foi fácil. Em especial, aquelas sem as quais este sonho não seria possível, ou muito mais difícil. A Nattany Caruline, querida residente que me incentivou na inscrição do processo seletivo e que posteriormente me “conduziu” para a entrevista. A meus pais que além do apoio, participaram de toda a logística com minha pequena filha, sem eles não seria possível a concretização deste sonho. Ao meu filho Matheus que me socorreu inúmeras vezes nas dificuldades tecnológicas. A Dora Yoko Nozaki Goto da Secretaria de Estado da Saúde, que gentilmente me auxiliou na construção de gráficos e tabelas. A professora Liliana, minha orientadora, profissional comprometida e sensível a temática da pesquisa. A minha equipe direta de trabalho, que torceu por mim e sempre me incentivou, especialmente Rafaela Carla Graczyk, companheira cotidiana de profissão, pela cobertura de minhas atividades profissionais e é claro, pelo suporte nas lamentações de cansaço físico e mental típicos da caminhada de um mestrado. Aos demais amigos de profissão que emanaram energias positivas e que mesmo longe fisicamente estiveram ao meu lado em toda caminhada, especialmente Patrícia Hella Xavier, Palmira Donda, Rosane Pavelski, Silas da Silva Moreira, Eliseana Padilha e Rosana Siqueira. Todos e todas fazem parte da minha vida de uma forma muito especial. Obrigada!

“Bem, devemos tratar as mulheres como sujeitos independentes, responsáveis por si mesmas? É claro. Mas ser responsável não tem nada a ver com ser estuprada. As mulheres não são estupradas porque estavam bebendo ou porque usaram drogas. As mulheres não são estupradas porque não foram cuidadosas o bastante. As mulheres são estupradas porque alguém as estuprou”.

Jessica Valenti

## RESUMO

Pesquisa realizada em torno da temática do abortamento previsto em lei, tendo como participantes mulheres acima de 18 anos que solicitaram o abortamento, no período de 2009 a 2015, junto ao Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Trata-se de um estudo de caso, documental e descritivo, dividido em duas etapas: quantitativa e qualitativa. Teve por objetivos: conhecer a realidade objetiva dos casos de violência sexual contra mulheres que solicitaram o abortamento legal, notificados no Serviço de Epidemiologia Hospitalar no período de 2009 a 2015 e reconhecer os discursos expressos nos Termos de Relato Circunstanciado realizados na solicitação do abortamento legal, do mesmo período. Os dados foram coletados no período compreendido entre junho e dezembro de 2016. Na etapa quantitativa foram identificados 100 casos de violência sexual contra mulheres (que engravidaram) nas Fichas de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada, tabulados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, no Serviço de Epidemiologia do CHC. A etapa qualitativa foi desenvolvida junto aos Termos de Relato Circunstanciados, documento no qual as mulheres relatam a violência sofrida bem como afirmam o desejo por interromper a gestação. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (etapa quantitativa) e pelo *software webQDA* (etapa qualitativa). Como resultados da primeira etapa destacamos: 91% das mulheres possuíam menos de 35 anos, 75% eram brancas, 52% solteiras. Em 42% dos casos a violência ocorreu no período das 19 às 23h, 51% das violências em via pública e em 75% dos casos o agressor era desconhecido. Na análise dos Termos de Relatos Circunstanciados, 58 mulheres entregaram o documento, os quais foram digitados no *software webQDA*, possibilitando a identificação das 20 palavras mais frequentes encontradas nos relatos. A partir de tais palavras, foram elencadas frases em que se encontravam, representando as histórias de violência vividas pelas mulheres, bem como sentimentos, lembranças e temores. A literatura pesquisada subsidiou a discussão quanto a desigualdade histórica entre homens e mulheres e as relações em sociedade complexas e contraditórias. Conclui-se que a pesquisa trouxe uma importante reflexão quanto à violência sexual em mulheres, bem como sua relação com questões de gênero. Foi possível identificar a partir das falas destas mulheres, as relações de poder estabelecidas, interferindo diretamente nos comportamentos e condutas pós violência sexual, culminando em gestações indesejadas. As formas fortuitas de abordagem desses agressores, as ameaças perpetradas e a não procura destas mulheres por qualquer espécie de ajuda após a violência, demonstram o grande poder destes homens agressores, impactando nas decisões e encaminhamentos de tais situações. Os relatos destas mulheres sobre violência, o que sentiram, o que pensaram em fazer ou em não fazer, os temores que as assombraram, as lembranças, remetem a refletir a impossibilidade de julgamentos de situações tão complexas. Neste sentido, aos profissionais cabe o acolhimento, bem como o cuidado em não revitimizar as mulheres atendidas, por meio de condutas baseadas em suas percepções pessoais. O respeito por tais histórias e a prestação imediata da assistência como um todo nestes casos, é fundamental para minimizar as sequelas da violência.

Descritores: delito sexual, violência contra a mulher, aborto, vigilância epidemiológica, exposição à violência.



## ABSTRACT

This study was carried out around the topic of abortion provided for by law with women over 18 years of age as participants, who requested abortions from 2009 to 2015 at the Clinics Hospital Complex (CHC) of the Federal University of Paraná. This is a documentary and descriptive case study divided into two stages: a quantitative one and a qualitative one. The objective of the study was to know the objective reality of cases of sexual violence against women who requested legal abortion which were notified at the Hospital Epidemiology Service from 2009 to 2015, and to acknowledge the speeches expressed in the Terms of Detailed Accounts made on the requests for legal abortion of the same period. The data were collected between June and December 2016. In the quantitative stage, 100 cases of sexual violence against women (who became pregnant) were identified in the Individual Notification Records – Interpersonal/Self-inflicted Violence, charted in the Information System of Injury Notifications (Sinan), at the CHC Epidemiology Service. The qualitative stage was developed alongside the Terms of Detailed Accounts, a document in which women report the violence suffered as well as state the desire to interrupt their pregnancy. The data were analyzed through descriptive statistics (quantitative stage) and by the *webQDA* software (qualitative stage). As a result of the first stage, we highlighted: 91% of women were under 35 years of age, 75% were white, 52% were single. In 42% of cases, violence occurred in the period from 7:00 p.m. to 11:00 p.m., 51% were in public places and in 75% the perpetrator was unknown. In the analysis of the Terms of Detailed Accounts, 58 women delivered the document, which were typed in *webQDA*, making it possible to identify the 20 most frequent words found in the reports. Having these words as a starting point, some sentences where they appeared were selected to represent the stories of violence experienced by the women, as well as their feelings, memories and fears. The researched literature supported the discussion of historical inequality between men and women, and their complex and contradictory relationships in society. It is concluded that the research brought important reflection on sexual violence toward women as well as its relation to gender issues. It was possible to identify from the statements of these women the established power relations that interfere directly on behaviors and actions after the sexual violence that culminate in unwanted pregnancies. The fortuitous ways of these aggressors approaches, the perpetrated threats and the lack of a call for any kind of help by these women after the violence demonstrate the great power of these male assaulters, who have an impact on the decisions and referrals of such situations. The reports of these women about violence, what they felt, what they thought of doing or not, the fears that haunted them and their memories remind us of the impossibility of judging such complex situations. In this sense, it is up to the professionals to provide a safe haven as well as to make sure women are not revictimized by conducts based on their own personal perceptions. Respect for such stories and immediate provision of assistance as a whole, in these cases, is key to minimize the consequences of violence.

**Keywords:** Sex offenses, violence against woman, abortion, epidemiological surveillance, exposure to violence.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE TRATADOS INTERNACIONAIS NO PERÍODO DE 1979 A 1995 E AS REGULAMENTAÇÕES NO BRASIL .....	36
QUADRO 2 - TRAJETÓRIA BRASILEIRA DE IMPLANTAÇÃO DE DIREITOS PARA MULHERES 1927 A 2013 .....	37
QUADRO 3 – MECANISMOS PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL 1985 A 2015 .....	45
QUADRO 4 – FAMÍLIA OCUPACIONAL E RESPECTIVAS OCUPAÇÕES .....	70
QUADRO 5 – PRONTUÁRIOS CONSULTADOS DE MULHERES QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	85
QUADRO 6 – JUSTIFICATIVAS DA NÃO ENTREGA DOS TERMOS DE RELATOS CIRCUNSTANCIADOS POR MULHERES QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	85
QUADRO 7 – SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL ENVOLVENDO VEÍCULOS OCORRIDAS COM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	89
QUADRO 8 – FRASES COM PALAVRAS MAIS FREQUENTES ENCONTRADAS NOS TERMOS DE RELATOS CIRCUNSTANCIADOS DAS MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	90

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – SOLICITAÇÕES DE ABORTAMENTO LEGAL NO PERÍODO DE 2009 A 2014 .....	22
FIGURA 2 – TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEGUNDO ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE .....	42
FIGURA 3 - FLUXO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....	50
FIGURA 4 – FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR, CURITIBA, 2017 ....	53
FIGURA 5 - FUNDAMENTO ESTRUTURAL DO WebQDA .....	61
FIGURA 6 – DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS..	68
FIGURA 7 – PALAVRAS MAIS FREQUENTES CONTIDAS NOS RELATOS DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	87
FIGURA 8 – NUVEM DE PALAVRAS .....	88

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- FAIXA ETÁRIA DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015 .....	65
GRÁFICO 2 - RAÇA/COR DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	66
GRÁFICO 3 - ESCOLARIDADE DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	66
GRÁFICO 4 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	67
GRÁFICO 5 - OCUPAÇÃO DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015 .....	69
GRÁFICO 6 - SITUAÇÃO CONJUGAL DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	71
GRÁFICO 7 - MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015 .....	72
GRÁFICO 8 - HORÁRIO DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ACIMA 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 ....	73
GRÁFICO 9 - LOCAL DE OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	74
GRÁFICO 10 – LOCAL DE OCORRÊNCIA <i>VERSUS</i> HORÁRIO DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO	

	HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015 .....	75
GRÁFICO 11 -	MEIO DE AGRESSÃO EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015 .....	76
GRÁFICO 12 -	NÚMERO DE ENVOLVIDOS EM VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015 .....	77
GRÁFICO 13 -	RELAÇÃO DO AGRESSOR COM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015 ....	78
GRÁFICO 14 -	SUSPEITA DE USO DE ÁLCOOL OU OUTRA DROGA PELO AGRESSOR DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015 .....	78
GRÁFICO 15 -	VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015 .....	79

## LISTA DE SIGLAS

BO	- Boletim de Ocorrência
CAT	- Comunicado de Acidente de Trabalho
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupações
CEMICAMP	- Centro de Estudos e Pesquisas Materno-Infantis de Campinas
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
CNDM	- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
COMEC	- Coordenação da Região Metropolitana
CRAS	- Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DEAM	- Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FNI	- Ficha de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada
HC	- Hospital de Clínicas
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	- Papiloma Vírus Humano
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	- Instituto Médico Legal
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
MTE	- Ministério do Trabalho e Emprego
NESC	- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NT	- Norma Técnica
OEA	- Organização dos Estados Americanos
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONGs	- Organizações Não Governamentais
ONU	- Organização das Nações Unidas
RM	- Região Metropolitana
SEPIH	- Serviço de Epidemiologia Hospitalar
SESA	- Secretaria da Saúde

SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRC	- Termo de Relato Circunstanciado
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UMI	- Unidade Materno Infantil
UNICAMP	- Universidade de Campinas
UNIMULT	- Unidade Multiprofissional
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
webQDA	- <i>web Qualitative Data Analysis</i>

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>CAMINHOS DO PENSAMENTO .....</b>	<b>24</b>
2.1	GÊNERO .....	25
2.2	TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA .....	40
2.2.1	VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES .....	43
2.2.2	ATENDIMENTO A PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....	48
2.3	ABORTAMENTO LEGAL .....	51
2.3.1	PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO ABORTAMENTO LEGAL DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR .....	55
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>58</b>
3.1	MATERIAIS E MÉTODOS .....	59
3.1.1	ETAPA QUANTITATIVA DA PESQUISA .....	59
3.1.2	ETAPA QUALITATIVA DA PESQUISA .....	60
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA .....	62
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	63
3.4	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	63
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA DA PESQUISA .....</b>	<b>64</b>
4.1	RESULTADOS DA ETAPA QUANTITATIVA DA PESQUISA .....	64
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>80</b>
5.1	DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA DA PESQUISA .....	80
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA DA PESQUISA .....</b>	<b>84</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>98</b>
	<b>ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.....</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....</b>	<b>111</b>



<b>ANEXO 3 - TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO 5 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS .....</b>	<b>116</b>

## APRESENTAÇÃO

A elaboração deste trabalho é requisito parcial para obtenção do título de mestre no curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, na linha de pesquisa Política e Serviços de Saúde, em sua primeira turma de mestrado acadêmico. A pesquisa integra os estudos desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-pesq).

Graduada em Serviço Social no ano de 2000, atuo como Assistente Social no Complexo Hospital de Clínicas (CHC)<sup>1</sup> da Universidade Federal do Paraná (UFPR) desde 2004. A partir do ano de 2012, no Serviço Social da Maternidade, assumi a titularidade como referência de minha área profissional no Protocolo de Atendimento a Pessoas Vítimas de Violência Sexual, bem como a preceptoria da Residência Multiprofissional, Programa Saúde da Mulher, da área de Serviço Social. No que tange a atuação no protocolo de violência sexual, participei, no ano de 2014, de treinamento oferecido pelo Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para Mulheres, com o objetivo de aprimorar a prática profissional na instituição que é referência para este atendimento.

A Portaria nº 485 de 1º de abril de 2014 redefiniu, por meio de protocolo, o funcionamento do atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a pessoas vítimas de violência sexual desencadeando grandes demandas acerca desta temática, incluindo a implantação de novos serviços, contemplando o atendimento emergencial e o abortamento legal.

O CHC da UFPR foi um dos precursores na implementação do referido protocolo no Brasil, no ano de 1997, no município de Curitiba/PR. No decorrer de 2015, a equipe multiprofissional do CHC composta por profissionais das áreas de Serviço Social, Medicina, Enfermagem e Psicologia, replicou, a convite da Secretaria da Saúde (Sesa), sua experiência de atuação para profissionais do estado do Paraná. Tal experiência, com caráter de capacitação técnica, ocorreu na ocasião da implantação estadual do protocolo de atendimento, aumentando desta forma a oferta do serviço em outros municípios do estado.

---

<sup>1</sup> A partir de outubro de 2014 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) assume a administração do Hospital de Clínicas que passa a ser denominado Complexo Hospitalar de Clínicas (CHC), abreviação esta padronizada na pesquisa quando em referência à instituição, independente do período.

Frente à tamanha violação, no contexto da atuação profissional, a sensação de incapacidade está sempre presente no momento do atendimento a pessoas vítimas de violência sexual. A necessidade de refletir e discutir a temática, com intuito de aprimorar o atendimento e amenizar a angústia dos envolvidos, num cenário de fragilidade extrema, acaba por ultrapassar o âmbito profissional. Neste universo, a gravidez em decorrência da violência sexual, desvela às mulheres uma situação indesejada, perpetuando memórias que se desejavam esquecer, além de todas as demais sequelas psicológicas e emocionais vivenciadas a partir da violência sofrida.

Aspectos sociais, culturais e de gênero, interferem e assombram estas mulheres na procura pelo atendimento à saúde quando da ocorrência da violência, o que, quando realizado adequadamente, contribuiria para minimizar o sofrimento, seja pela gravidez indesejada, infecção por doenças sexualmente transmissíveis, ou outras questões não menos importantes.

É neste recorte que, atuando profissionalmente junto a estas mulheres, surgiu a idealização dessa pesquisa. A reflexão sobre a realidade das mulheres que sofreram violência sexual e que procuraram pela realização do abortamento legal, são os objetos desse estudo.

## 1 INTRODUÇÃO

A temática da violência sexual vem sendo amplamente discutida em todo o mundo, apesar de não ser específica da atualidade. Estudo realizado em 56 países estima que uma em cada 14 mulheres no mundo já sofreu violência sexual praticada por homens desconhecidos. (ABRAHAMS, 2014). De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2015), com dados de registros policiais realizados no ano de 2014 “[...] uma pessoa foi estuprada a cada 11 minutos”. (2015, p.116). Estima-se que do ano de 2009 a 2014, em 86% dos casos de estupro as vítimas eram do sexo feminino. (BRASIL, 2014).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) fez uma ampla análise do fenômeno da violência sexual no Brasil dos casos ocorridos no ano de 2011, intitulado *Nota Técnica Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde* (IPEA, 2011). Também apresentou a grande dificuldade em se conseguir dados nacionais para traçar um panorama geral, visto que a organização e coleta destes ainda é recente. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), foi desenvolvido na década de 1990 no intuito de padronizar o sistema de informações sobre doenças e agravos de notificação compulsória. Somente a partir de 2006, quando a vigilância foi implantada em serviços de referência para violência, é que os dados começaram a ser relacionados. (BRASIL, 2013).

No ano de 2009 com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), integrado ao Sinan *Net*, os dados de violência passam a ser disponibilizados a todos os municípios brasileiros. Com a promulgação da Portaria MS/GM nº104 de 25 de janeiro de 2011, as violências doméstica, sexual e outras violências, passam a ser padronizadas e notificadas compulsoriamente. Na análise do Ipea, constatou-se que 88,5% das vítimas eram do sexo feminino. (IPEA, 2014). No Paraná, do ano de 2009 a 2012 foram notificados 23.715 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, nos quais aproximadamente 69% das vítimas eram do sexo feminino. Apesar de não ser um dado específico de violência sexual, demonstra a prevalência da violência no universo feminino (PARANÁ, 2014).

Das violências sexuais, o estupro aparece com maior frequência, correspondendo, no estado do Paraná, a 72% dos registros no período de 2010 a 2012. (PARANÁ, 2014). No município de Curitiba, no ano de 2014, os hospitais foram

responsáveis por 52% das notificações dos diversos tipos de violência contra mulheres, seguidos das Unidades de Saúde, Centro de Referência da Mulher e Serviços de Assistência Social. (CURITIBA, 2014). É importante lembrar que estes dados se referem às mulheres que buscaram por atendimento de saúde. Com relação à violência sexual em mulheres acima de 18 anos, os dados apontam que 6,6% do total correspondiam a este tipo de agravo. (CURITIBA, 2014). Segundo o Anuário supracitado estima-se que em média apenas 35% dos casos de crimes sexuais sejam notificados no Brasil. (BRASIL, 2015).

Em 2015 entrou em vigor a Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, sendo uma das ações do Programa Mulher, Viver sem Violência da Presidência da República, coordenado pela Secretaria de Políticas para Mulheres, tendo como parcerias o Ministério da Saúde<sup>2</sup> e da Justiça<sup>3</sup>. A organização do atendimento visa atingir no território brasileiro, serviços de saúde que ainda não disponibilizam o atendimento integral, visto que em muitos locais o enfoque ainda está voltado para o atendimento de caráter policial que consiste, antes da ida ao serviço de saúde, na procura de delegacias e Institutos Médicos Legais (IML). (BRASIL, 2015).

De maneira geral, não raro os próprios profissionais quando se deparam com uma pessoa que sofreu violência, não sabem exatamente o que fazer, com frequência por desconhecimento da disponibilidade dos serviços. Tal conhecimento faz uma grande diferença para a pessoa a ser atendida, que além de ter sofrido a violência, pode percorrer um longo caminho, passando por profissionais despreparados e demandando um grande tempo, o qual é crucial para a efetividade do atendimento à saúde.

As profilaxias administradas nestes casos possuem eficácia quando realizadas até 72 horas após a violência, prevenindo contra ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis não virais como: gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase, cancro mole e ISTs virais, que são: hepatite B, hepatite C, Papiloma Vírus Humano (HPV) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Inclui-se ainda, no caso das mulheres, a contracepção de emergência evitando a gestação indesejada em

---

<sup>2</sup> Órgão do poder Executivo Federal, responsável pelas políticas públicas no que diz respeito a promoção, prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2016).

<sup>3</sup> O Ministério da Justiça e Cidadania tem como missão a consolidação do estado democrático de direito, sendo uma de suas competências a defesa da ordem jurídica, dos direitos políticos e garantias constitucionais (BRASIL, 2016).

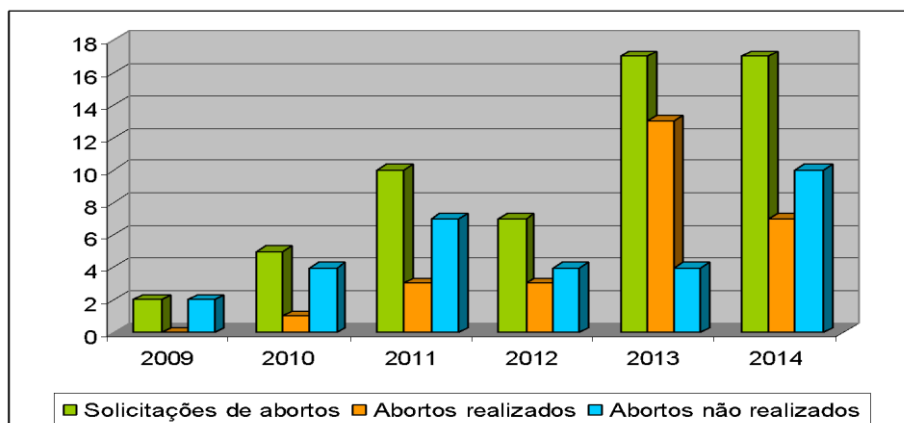
decorrência do crime de estupro. (BRASIL, 2015). O ideal, portanto, é prioritariamente o atendimento de saúde em serviços especializados, nos quais a pessoa poderá ser acolhida adequadamente, agregando o atendimento de caráter jurídico, por meio do exame pericial realizado no mesmo local onde é prestada à assistência à saúde.

No município de Curitiba, o atendimento à violência sexual acontece com base no Programa Mulher de Verdade – Atenção à Mulher em Situação de Violência (CURITIBA, 2002) instituído em 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde, norteado pelo protocolo do Ministério da Saúde. É parte integrante do protocolo a realização do abortamento legal a mulheres que engravidaram em decorrência do crime de estupro. Tal direito está previsto no Código Penal Brasileiro em seu Artigo nº128, inciso II (BRASIL, 2009) e compõe a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2010).

Neste recorte do protocolo, está o objeto de estudo investigado, que se refere a mulheres que buscaram pela efetivação deste direito, independentemente deste ter sido realizado ou não. Tal situação vem justamente na contramão de alguns aspectos do protocolo de atendimento, visto que estas mulheres por alguma razão não chegaram até os serviços de saúde que realizam profilaxias para possíveis contaminações por doenças infecciosas e contracepção de emergência, no período de até 72 horas após a violência sofrida. Dentro deste universo, buscou-se a identificação do perfil destas mulheres e a expressão da violência presente nos discursos das mesmas por ocasião da solicitação escrita para a realização do procedimento.

A reflexão que antecedeu a elaboração desta dissertação partiu da percepção empírica da pesquisadora quanto ao aumento considerável da procura pelo procedimento na Maternidade do CHC, no período de 2009 a 2014, (FIGURA 1), conforme apresentado no Congresso Multiprofissional de Atenção Hospitalar – Unimult HC/UFPR. (2014), realizado no município de Curitiba, Paraná.

FIGURA 1 – SOLICITAÇÕES DE ABORTAMENTO LEGAL NO PERÍODO DE 2009 A 2014.



FONTE: Carmo, M.A. et al (2014).

É importante lembrar que apesar de ser um direito, a decisão das mulheres que buscam pelo abortamento é árdua e complexa. Descobrir-se grávida de um agressor é sem dúvida uma nova situação de violência. Além disso, a questão do abortamento é carregada de preconceitos e julgamentos morais por parte da sociedade e não raro pela própria mulher violentada que por vezes sente-se culpada por não desejar levar adiante a gestação. Enfrentar seus próprios preceitos morais, expondo para profissionais da rede de atendimento o ocorrido, além dos sintomas gestacionais e muitas vezes a falta de suporte familiar, faz deste enfrentamento um longo e doloroso percurso.

Nesta perspectiva, as questões que nortearam este estudo referem-se a: Qual o perfil das mulheres que solicitaram o abortamento legal no CHC no período compreendido entre 2009 e 2015? O que expressam os discursos dos relatos circunstanciados preenchidos por elas na procura por este atendimento?

Impossível desta forma não refletir quanto ao aspecto de injustiça que permeia com frequência o mundo das mulheres. São situações reais que por vezes, além de todo o sofrimento, culpabilizam as próprias mulheres. É imprescindível, urgente e permanente a necessidade de discutir temáticas que ainda são recobertas de tabus, entre estas a violência sexual. Desta forma, enquanto referenciais teóricos foram abordadas as questões de gênero, violência sexual e abortamento, considerando o gênero fator preponderante na violência sexual e o abortamento legal como extensão desta violência. Neste sentido, refletir quanto a historicidade das relações de gênero para compreender a violência sexual em mulheres é fundamental para o desvelamento de situações do passado que se apresentam na atualidade. Segundo

Kosic (1995) o conhecimento da realidade histórica é condição necessária para conhecimento objetivo dos fatos. Para o autor o fenômeno difere da essência oculta e por esta razão precisa de alguns esforços para compreender aquilo que não se manifesta imediatamente, ultrapassando a impressão de naturalidade imposta. Este processo requer apropriação teórica, crítica, interpretação e avaliação dos fatos.

Para tanto, os objetivos da pesquisa foram:

1. Conhecer a realidade objetiva<sup>4</sup> dos casos de violência sexual contra mulheres que solicitaram o abortamento legal, notificados no Serviço de Epidemiologia Hospitalar no período de 2009 a 2015;
2. Reconhecer os discursos expressos nos termos de relato circunstanciado realizados na solicitação do abortamento legal, do período de 2009 a 2015.

---

<sup>4</sup> Realidade objetiva é o conhecimento do fenômeno na sua historicidade e na sua situacionalidade (EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. apud: SOUZA et al., 2014). Para KOSIC (1995), o fenômeno é o que se manifesta imediatamente e difere da essência oculta. Para Queiroz e Egrý (1988), compreender a realidade objetiva é perceber que esta existe independentemente e fora da consciência humana, em três dimensões que a conformam: a estrutural, formada pelas relações econômicas, sociais e político ideológicas; a particular que se refere aos processos de reprodução social expressos por indicadores do processo saúde-doença e a dimensão singular que é formada pela expressão do processo saúde-doença individual, ocorrendo em suas especificidades, porém sempre determinados pelo tipo de inserção do sujeito na produção. (PERNA, P.O.; CHAVES, M.M.N. 2008).



## 2 CAMINHOS DO PENSAMENTO

Neste capítulo será apresentado o caminho percorrido na perspectiva de subsidiar a reflexão. Para tanto, se organizou o pensamento por meio de referenciais teóricos que perpassaram a discussão: gênero, violência sexual em mulheres e abortamento legal, enquanto conceitos que fazem parte das relações em sociedade, complexas e contraditórias. Por conta de tal realidade, optou-se pelo materialismo histórico-dialético como referencial filosófico, o que permitiu interpretar e compreender a trajetória histórica das questões de gênero estabelecidas nas relações sociais e que ainda demarcam desigualdades entre homens e mulheres. Neste sentido:

[...] compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Mas, compreender acaba sempre sendo 'compreender-se'. A estrutura geral dessa forma de abordagem atinge sua concreção na compreensão histórica, na medida em que aí se tornam operantes as vinculações concretas de costumes e tradições e as correspondentes possibilidades de seu futuro (MINAYO, 2002, p. 92).

Os referenciais teóricos apresentados nesta pesquisa fazem parte das relações em sociedade e da dinamicidade humana. Portanto possuem características históricas, as quais se perpetuam possibilitando desvendar fenômenos que não são contemporâneos, mas que podem, num primeiro momento, apresentarem-se como específicos da atualidade, ocultando questões passíveis de reflexão quando contextualizados historicamente, dialogando de forma expressiva com o Materialismo Histórico Dialético, que:

[...] que se preocupa com a interconexão de todos os aspectos de cada fenômeno e que resulta de um processo de movimento, de interdependência e interação para compreensão do mundo. É nesse processo de conhecimento das leis, categorias e conceito da dialética, os quais existem objetivamente, que os pesquisadores passam à compreensão do real. (BRZEZINSKI, 2016, p.77).

Portanto, compreender fenômenos relacionando-os com o contexto no qual estão inseridos, subsidia a reflexão, viabilizando a condição científica de desvendar suas determinações.

## 2.1 GÊNERO

A intenção ao utilizar gênero como referencial teórico foi fornecer subsídios construídos historicamente no que tange à submissão das mulheres aos homens. Tal submissão se perpetua na contemporaneidade, explícita ou veladamente. Por esta razão não há como desconsiderar gênero como categoria necessária para entender as relações na sociedade. Neste sentido, buscou-se descrever alguns dos momentos impactantes da construção teórica do termo, que não só forneceram a base para movimentos feministas, mas unificaram a luta pela busca da igualdade de direitos.

O conceito de gênero surgiu nos anos 1970 nos Estados Unidos disseminando-se na década seguinte nas ciências e academia. (MATOS, 2015). Na perspectiva do debate feminista, o termo gênero surgiu inicialmente entre as feministas americanas com a intenção de rejeitar o determinismo biológico dos termos sexo ou diferença sexual. Havia uma grande preocupação em se promover debates e pesquisas neste âmbito, não centrados somente na figura da mulher com uma história isolada, mas considerando que as relações sociais são recíprocas entre homens e mulheres. A construção teórica sobre gênero não é linear, trata-se de um conceito mutável que traz em seu bojo construções das relações sociais nas mais variadas formas no que diz respeito ao ser mulher e ser homem. Todavia, apesar das diferentes concepções, tais construções possuem uma origem comum: a opressão exercida sobre as mulheres, a qual se apresenta de forma transversal na história e no mundo, mesmo considerando a distinção de organizações societárias e culturais<sup>5</sup>.

Segundo Fonseca (2008), a historicidade das abordagens de análise de gênero na construção do pensamento feminista, pode ser resumida em três posições teóricas:

[...] a primeira tenta explicar as origens do patriarcado; a segunda, de orientação marxista, propõe uma abordagem histórica tentando encontrar uma explicação material para o gênero ou propondo uma solução baseada nos sistemas duais, compostos pelos domínios do patriarcado e do capitalismo e a terceira, mais recente, dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspira-se nas várias escolas da psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero dos sujeitos sociais. (FONSECA, 2008, p. 2-3).

---

<sup>5</sup> Compreendendo cultura no sentido etnográfico remetendo a um todo “que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade. (TYLOR 1871 *apud* LARAIA 2001).

No intuito de delimitar a discussão na perspectiva de gênero tendo em vista as diferentes vertentes, optou-se por utilizar a teórica Joan Scott<sup>6</sup>, feminista americana, representante da teoria de orientação marxista, conforme observado por Fonseca (2008) e reconhecida pelo uso de gênero em história. Scott traz a proposta de desconstrução dos termos de diferenciação sexual, rejeitando sistemas binários, não aceitando a construção hierárquica como parte dada pela natureza das coisas. (SCOTT, 1989).

Segundo Scott, a categoria gênero como uma categoria de análise, surge com as feministas contemporâneas no final do século XX. As teorias construídas entre os séculos XVIII e XX, referiam-se por exemplo, a questões femininas ou analogias com oposição masculino/feminino. A busca por um campo próprio para debater as questões relativas entre homens e mulheres, ampliando a discussão quanto às desigualdades de relações, tinha por finalidade justamente se contrapor as teorias anteriores, no sentido de aprofundar a discussão sobre os “sistemas de relações sociais ou entre os sexos” (SCOTT, 1989, p.20). A construção teórica fazia parte da tentativa para compreender de fato o que permeava as desigualdades históricas entre homens e mulheres.

Para Scott, gênero se define em duas partes, ao mesmo tempo em que se correlacionam, sendo:

[...] O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre à mudança nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um sentido único. (SCOTT, 1989, p. 21).

Scott apresenta para a primeira proposição no que diz respeito a gênero, quatro elementos que se relacionam, sendo primeiramente, símbolos culturais que se referem à representação da mulher em contextos determinados. O segundo elemento refere-se aos conceitos normativos expressos por meio de doutrinas nos mais variados campos das relações em sociedade e que acabam por apresentar uma oposição binária quanto ao sentido do masculino e feminino. Desta oposição surge como consensual, mesmo que não o seja, uma posição dominante sobre a qual se

---

<sup>6</sup> Joan Wallach Scott, historiadora norte-americana, especialista na história do movimento operário no século XIX e feminismo na França. Considerada uma importante teórica na utilização da categoria gênero na história (DABAT, C.R.; ÁVILA, M.B., *in* Scott, 1989).

descrevem as orientações normativas, como se ocorressem de forma naturalizada. Pode-se pensar neste aspecto os papéis determinados do que é ser homem e do que é ser mulher na sociedade.

Como terceiro elemento, a autora utiliza o termo “explodir a noção de fixidade” (SCOTT, 1989, p. 23), que vem a ser a contestação do que é tido como eterno dentro da concepção binária dos gêneros. Para tanto é imprescindível analisar aspectos relativos à organização política, de instituições e organizações sociais, que estão relacionadas à construção da categoria gênero, como mercado de trabalho, educação e sufrágio masculino universal, por exemplo.

O quarto aspecto de gênero abordado por Scott é a identidade subjetiva, a qual traz a diferenciação pelo sexo, muitas vezes não de forma tão explícita, mas carregada de estereótipos os quais se fundam, segundo a autora, na cultura construída baseada em normatizações, o que transmite a sensação falsamente harmoniosa, de que as relações seguem um percurso natural, o que de fato não acontece. As relações sociais entre homens e mulheres estão impregnadas de poder, não existindo uma construção harmoniosa e sim uma disputa de poder devidamente objetivada, unilateral e consequentemente desigual.

Com base na reflexão proposta por Scott, é possível identificar quantos aspectos estão intrínsecos na maneira de se pensar os papéis representativos do que é ser homem e mulher. Há que se refletir para além da maternidade, que fisiologicamente está ligada à mulher e que ainda na atualidade possui grande influência nas designações das funções sociais maternas e paternas. Também se faz necessário perceber por que o sufrágio na história foi um processo evidentemente associado ao masculino, enquanto para as mulheres adquiriu *status* de luta e espaço de conflitos. É preciso indagar porque a educação formal foi naturalmente destinada aos homens e negada às mulheres. Faz-se necessário identificar, portanto, o aspecto de poder<sup>7</sup> presente em todo este contexto. Poder este que vem travestido de simbolismos, os quais passam a ser normatizados e assimilados na trajetória da história feminina, como bem colocado pela autora.

Neste sentido:

---

<sup>7</sup> Foucault na obra *A História da Sexualidade*, fala do poder enquanto estratégia complexa em determinada sociedade, não sendo caracterizado portanto por uma instituição ou uma estrutura. É exercido em meio a relações desiguais que são imanentes a outros tipos de relações como: processos econômicos, relações de conhecimento, relações sexuais. (FOUCAULT, 1988).

[...] a história do pensamento feminista é uma história da recusa da construção hierárquica da relação entre homem e mulher nos seus contextos específicos e uma tentativa de reverter e deslocar seus funcionamentos (SCOTT, 1989, p.19).

À luz da teoria escolhida para subsidiar a reflexão proposta sempre recorrendo ao processo histórico, é possível visualizar como foram construídos os caminhos percorridos por homens e mulheres no estabelecimento de suas relações.

Segundo Stearns (2010), as relações entre homens e mulheres foram determinadas conforme as civilizações e suas formas de organização, com destaque para o aspecto econômico, principalmente relacionado ao surgimento da agricultura<sup>8</sup>. Em torno do quarto milênio, quando ambos contribuíam na economia familiar, o homem com a atribuição de caçar e a mulher com a coleta de grãos, conviviam em uma relação considerada de igualdade.

Na perspectiva de Engels em sua obra “A origem da Família” (1884 apud BEAUVOIR, 1970) a mulher teria perdido seu papel econômico (desempenhado na organização tribal - funções de caça e coleta), com o advento da agricultura, da utilização de novas técnicas e disponibilidade do trabalho servil. No contexto da apropriação do solo pelo homem, emergiu a apropriação da mulher.

Com o surgimento da propriedade privada e da organização da família patriarcal, que sobrepôs o direito paterno ao materno, a propriedade passou de pai para filho e a mulher, nesta relação foi oprimida em função da condição econômica, apresentando-se assim o novo cenário do patriarcalismo: o homem senhor da mulher. (BEAUVOIR, 1970).

Destarte, as sociedades passaram a considerar os homens como criaturas superiores e legislaram com prioridade para estes. Por mais que em algumas sociedades o papel das mulheres possa ter sido diferenciado, ainda assim não se igualava à importância atribuída aos homens. Segundo Beauvoir (1970)<sup>9</sup>, o triunfo do patriarcado relaciona-se com a origem da humanidade e o privilégio biológico dos homens, permitindo-os afirmarem-se soberanos. Não foi, portanto, resultado de

---

<sup>8</sup> Importante ressaltar que historicamente este período não ocorreu simultaneamente, mas o autor refere que a primeira civilização se formou na Suméria, aproximadamente em 3500 a.e.c. - antes da era cristã ou antes da era comum. (STEARNS, 2010).

<sup>9</sup> Simone de Beauvoir foi uma importante filósofa existencialista que abordou de forma precursora em sua obra *O Segundo Sexo* (1949), a condição feminina e suas possibilidades. Por esta razão é considerada uma obra clássica na discussão sobre gênero. (MELLO, 2012).

revolução nem do acaso. Sendo então a mulher, aos olhos do homem, considerada o outro, uma vez que se diferencia em relação ao homem e não ao contrário:

[...] por mais longe que se remonte na história, sempre estiveram subordinadas ao homem: sua dependência não é consequência de um evento ou de uma evolução, ela não aconteceu (BEAUVOIR, 1970, p. 13).

Beauvoir (1970) teceu algumas críticas, com relação a teoria de Engels baseada no *homo economicus*, não desconsiderando de todo o progresso da síntese do referido autor, mas no sentido de que tal teoria não conseguia dar conta do indivíduo em sua totalidade<sup>10</sup>. Da mesma forma para a corrente materialista dialética do feminismo contemporâneo, a visão quanto aos fenômenos sociais considera que os indivíduos podem estar submetidos a condições de desigualdades advindas de outros atributos que também determinam seu lugar na sociedade e gênero seria um deles, assim como raça e geração, ampliando a análise do marxismo clássico que considera a estratificação por classes sociais na determinação do indivíduo nas sociedades de classe. (FONSECA, 2008). Considerando que a sociedade e as relações sociais não são estáticas, há que se buscar compreender que os fenômenos contemporâneos, ou pelo menos visualizados e discutidos contemporaneamente como as relações de gênero, passam a constituir um contexto dinâmico, portanto dialético, com novos elementos.

Aspecto importante a ser considerado quando se fala em patriarcado é a histórica submissão da mulher na relação conjugal, na qual um dos deveres presentes é a relação sexual. No Brasil, a figura do patriarca era dotada de total poder, acima inclusive das instituições jurídicas. A arbitrariedade das ações do patriarca ia além da garantia da honra de sua família, sobre a qual exercia o poder de designar punições de vida e de morte, além do aspecto de senhor absoluto destes, de terras, escravos, incluindo a sexualidade das escravas. (AGUIAR, 2015).

Uma das concepções de hierarquização e subordinação das mulheres tem origem na fundamentação da concepção por grau de perfeição dos corpos, ou seja, acreditava-se que alguns não possuíam calor suficiente para exteriorizar os órgãos pênis e testículos no momento de sua formação. Assim, eram considerados homens os dotados destes órgãos aos quais se atribuíam atividades específicas,

---

<sup>10</sup> A autora refere ser impossível o corte na sociedade por sexos. A mulher é o outro dentro de uma totalidade em que dois são necessários um ao outro. (BEAUVOIR, 1970).

diferentemente das atividades destinadas às mulheres, que não possuíam estes órgãos externos. Tal concepção perdurou até o Renascimento, quando fatores levariam ao modelo de dois sexos baseados, segundo Laqueur (1992) na biologia da incomensurabilidade<sup>11</sup>. O fato é que o corpo passou a agregar funções distintas e não mais as diferenças eram dadas pelo gênero, mas sim pelo sexo. Neste sentido a ciência contribuiu significativamente quando demarcou esta diferença, refletindo diretamente no campo ideológico. Tal mudança remonta aos séculos XVIII e XIX, passando-se a considerar então, que se a natureza já havia estabelecido esta divisão, à sociedade necessitaria respeitá-la (LAQUEUR, 1992 apud ROHDEN, 2009).

A partir do século XIX, na Europa, no contexto de transformações socioeconômicas advindas do processo de industrialização, a inserção das mulheres no mercado de trabalho enquanto direito reivindicado, possuía raízes nos ideais de igualdade e liberdade oriundos da Revolução Francesa. Neste período destacou-se a feminista Olympe de Gouges a qual propôs à Assembleia Nacional da França uma Declaração de Direitos da Mulher e da Cidadã. Não atingindo seu intuito, acabou por ser guilhotinada em 1793, denunciada como “mulher desnaturada” e condenada como contra revolucionária. Na referida declaração, as reivindicações eram pela igualdade de direitos e condições com relação aos direitos dos homens, inclusive no que dizia respeito à propriedade. (GOUGES, 1791).

Desta forma, as relações entre homens e mulheres passaram a urgir por transformações, na esfera pública e privada. Segundo Rohden (2009), na segunda metade do Século XIX muitas mulheres passaram a desenvolver atividades fora do ambiente doméstico, quer por necessidade econômica ou vontade própria. Estas esferas de interação social sempre tiveram a participação de ambos, embora os homens até então tivessem predomínio no mundo público e as mulheres no mundo doméstico. A divisão do público e privado foi uma das principais causas que contribuiu para manter a opressão patriarcal exercida sobre as mulheres. (MATOS; PARADIS, 2014).

Mediante as reivindicações femininas pautadas na educação e no trabalho, mudanças nas relações de gênero careciam de transformações. Na tentativa de se manter a ordem, buscaram-se justificativas e supostas comprovações, de que além

---

<sup>11</sup> Incomensurável: Diz-se de algo que não tem medida comum com outra grandeza (MICHAELIS, não paginado 2017). Neste sentido a biologia da incomensurabilidade baseava-se nas diferenças naturais e sociais entre homens e mulheres, sendo estas naturalmente inferiores. (ROHDEN, 2009, p.31).

de corpos distintos, o corpo da mulher era sempre inferior ao do homem sendo que sua funcionalidade estava na especificidade natural da maternidade, com atributos relacionados a esta condição:

[...] Analisando os escritos médicos do período, pode-se perceber que há um enorme esforço por parte dos médicos em propor uma clara distinção entre os sexos e também com relação às funções e características socialmente atribuídas a cada um deles. (ROHDEN, 2009, p. 14).

Nesse sentido, a ginecologia, especialidade médica ligada à reprodução, transformou-se na “ciência da diferença” (ROHDEN, 2009, p. 14), sendo estes profissionais responsáveis por garantir os aspectos naturais das relações entre homens e mulheres, as quais caberiam os papéis de mães e esposas.

A obstetrícia se constitui enquanto ciência, tendo como objeto o corpo da mulher na relação com suas funções reprodutivas. Os obstetras no Século XIX, foram os primeiros a reforçar o modelo biológico das diferenças sexuais, que, no século XVIII foram determinadas pelos anatomistas e fisiologistas. Neste sentido, justificaram por meio da natureza feminina a determinação dos papéis sociais das mulheres, o que teve como consequência uma série de condutas interventivas que as colocavam em situação de passividade e alienação, quanto mais os saberes neste campo se especializavam.

Todavia, o papel do obstetra no final do século XIX e início do século XX, se legitimou com a evolução dos exames de diagnóstico que passaram a enfatizar o bem estar do recém-nascido, controlando o parto e o período gestacional. (MARTINS, 2004). Neste sentido, a obstetrícia contribuiu significativamente no processo de libertação das mulheres com relação ao seu papel de reprodução, uma vez que propiciou a evolução no controle da função reprodutora. Mesmo diante dos discursos que intencionavam manter as mulheres no âmbito privado, no decorrer do século XIX as mesmas se libertaram em parte da natureza, no sentido da escravidão da reprodução e, com a inserção na produção, passaram a desempenhar seu papel econômico conforme previu Engels:

[...] A mulher só se emancipará quando puder participar em grande medida social na produção, e não for mais solicitada pelo trabalho doméstico senão numa medida insignificante. E isso só se tornou possível na grande indústria moderna, que não somente admite o trabalho da mulher em grande escala como ainda o exige formalmente [...] (ENGELS apud BEAUVOIR, 1970, p. 75).



A conquista de direitos não foi, no que diz respeito às diversas sociedades e países, um processo homogêneo, todavia o sufrágio universal parece ter sido uma das reivindicações primeiras dos movimentos feministas organizados, os quais surgiram nos séculos XVIII e XIX, na Europa Central e Estados Unidos. (MATOS, 2015). Na França, a primeira mulher a iniciar campanha pelo direito ao voto foi Hubertine Auclert, que criou em 1883 o grupo *Suffrage des Femmes* e o jornal *La Citoyenne*, que, apesar de influenciar diversas sociedades, não obteve atuação eficiente. (BEAUVOIR, 1970). Mesmo com pequenos avanços e muitos retrocessos anteriores, a discussão mais efetiva sobre o direito ao voto feminino data de 1901, mas ainda sem êxito. Em 1909, fundou-se a União Francesa pelo Sufrágio das Mulheres, por *Madame* Brunschwig. Entre idas e vindas quanto à apresentação do projeto na Câmara a favor do sufrágio, o qual é aprovado, depois renovado e posteriormente retrocedido, somente em 1945, após manifestações de apoio no Senado é que as francesas conquistam capacidade política.

Assim como na França, tampouco na Inglaterra o sufrágio teria sido conquistado com facilidade. Com tímidos movimentos feministas em curso, somente em 1903 estes assumiram aspecto reivindicatório. A criação da *Woman Social and Political Union (W.S.P.U)* em Londres, por Emmeline Pankhurst, aliada ao Partido Trabalhista, adquire caráter de militância. A partir deste momento, realizaram-se conferências, invasão em comícios e organização de passeatas. Nesta trajetória, feministas foram presas, adotando a tática de greve de fome conseguiram mobilizar milhões de pessoas em torno da causa do sufrágio. Tamanha foi a pressão do movimento que em 1907, duzentos membros do Parlamento apresentaram-se a favor do sufrágio feminino, o qual era sempre rejeitado. Organizou-se então, neste mesmo ano, a primeira marcha contra o Parlamento, pela W.S.P.U., reunindo trabalhadoras e mulheres da aristocracia. Foram repelidas pela polícia e as manifestações e greves de fome se sucederam até 1910, quando a lei do sufrágio foi rejeitada. Em 1912 adotam postura mais violenta, incendiando casas desabitadas e até mesmo atirando pedras na polícia. O direito ao voto foi concedido sem restrições somente em 1928. (BEAUVOIR, 1970).

Nos Estados Unidos, o contexto das décadas de 1960 e 1970 foi marcado por diversificados movimentos sociais, sendo portanto campo fértil também para o movimento feminista, tendo em vista que as estruturas políticas e culturais passavam por mudanças significativas. Evento importante que marcou a década de 1960 para

as mulheres foi a comercialização da pílula anticoncepcional, o que causou verdadeira revolução no universo feminino, uma vez que se passou então a separar o sexo para reprodução, do controle de seus próprios corpos no que dizia respeito à vida sexual e afetiva. Neste período ocorria o que foi chamado de “feminismo da segunda onda”, com um aumento de reivindicações políticas (LAROCCA, 2016).

O movimento das mulheres em *prol* de seus direitos ocorreu mundialmente em períodos distintos. De maneira geral, todas sofriam de falta de acesso e discriminação e foram influenciadas em seus movimentos por outras sociedades e países. Por esta razão, é necessário observar e refletir que cada sociedade possui especificidades e acontecimentos há seu tempo. Na América Latina, a forte submissão das mulheres ao sistema patriarcal, exigiu uma nova forma de pensar, implicando na necessidade de novos pactos culturais e superação das condições política, religiosa e econômica. Neste sentido, os movimentos internacionais tiveram grande importância no século XX, trazendo à tona discussões já promovidas mundialmente, as quais as latino-americanas empenhavam-se em retificar, como a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979), e o Decênio da Mulher (1975-1985). O movimento de mulheres organizado se dava por meio de partidos, organizações políticas, periódicos, centros de estudos e organizações não governamentais. (COTTA; PEREIRA; FONSECA; 2014).

Segundo Pinto (2003 apud COTTA; PEREIRA; FONSECA; 2014), a primeira onda do feminismo latino-americano foi a luta por direitos civis e políticos por sufragistas nas primeiras décadas do Século XX. Como segunda onda, destacaram-se os movimentos de mulheres na resistência dos contextos de regimes ditatoriais nas décadas de 1970 e 1980 e na terceira onda as reivindicações em torno da profissionalização e surgimento de organizações não governamentais (Ongs), na esfera do debate feminista. A década de 1990 foi marcada pela globalização dos movimentos feministas, o que se atribuiu às participações dos movimentos de mulheres na política internacional e conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas, propiciando a ampliação dos debates.

No Brasil, anterior à reivindicação pelo sufrágio, houve um grande movimento pelo direito à educação de mulheres. Remonta ao ano de 1827 a primeira legislação que autorizava a abertura de escolas públicas para mulheres. Obviamente que as brasileiras, assim como as mulheres de outras nações, sofriam dos males do cerceamento do universo masculino, no qual se considerava que a estas não era

necessário ler e escrever. Neste período, século XIX, destacou-se como um nome importante Nísia Floresta Brasileira Augusta, considerada uma das precursoras na publicação de textos para a imprensa. Em 1832 realizou a tradução livre da obra *Vindications of the Rights of Woman* (Direitos das Mulheres e Injustiças dos Homens), de Mary Wollstonecraft, considerado o primeiro livro no Brasil a abordar o direito à instrução e ao trabalho para as mulheres. (DUARTE, 2003). Por esta razão, este movimento foi considerado como a Primeira Onda do Feminismo Brasileiro, trazida por Nísia que viveu na Europa e introduziu a discussão no cenário brasileiro, estabelecendo conexão com a problemática das mulheres vivenciada em outras partes do mundo, mas que muito tinha a ver com a perspectiva nacional. Todavia, realizava a crítica de que do Brasil para a Europa, havia uma defasagem cultural importante começando pela alfabetização, que deveria ser primordial para almejar posteriormente a emancipação política.

Por volta de 1870, a ampliação ocorrida no mundo jornalístico possuía a importante função de dar voz às escritoras que buscavam disseminar ideias feministas, por meio dos diversos jornais e revistas da época. Destaca-se neste período Francisca Senhorinha da Mota Diniz, que dirigiu um importante periódico, utilizando tal espaço para fazer apelos à formação superior e ao trabalho remunerado, enquanto ferramentas para combater a “ignorância de seus direitos.” (DUARTE, 2003, p. 156). Entre muitas escritoras que abordavam com veemência questões relacionadas à desigualdade entre homens e mulheres, a jornalista Josefina Álvares Azevedo à frente da direção de um jornal de 1888 a 1897, abordou incansavelmente questões relacionadas à opressão masculina. Considerada uma das precursoras a defender o voto no Brasil, encenou em 1878 sua peça intitulada “O Voto Feminino” (posteriormente transformada em livro). Este período é considerado como a segunda onda do movimento feminista.

A terceira onda foi uma continuidade das primeiras, tendo em vista a morosa trajetória para usufruir das reivindicações de fato enquanto direitos. Por esta razão muitas mulheres tiveram grande importância enquanto combatentes persistentes, como Bertha Lutz (1894-1976) que se tornou uma importante liderança a denunciar a opressão feminina se destacando pelas campanhas em *pro* do sufrágio, participação em audiências com parlamentares e pela fundação, com outras companheiras, da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, que se difundiu por quase todos os Estados, resistindo por quase 50 anos.

A primeira legislação brasileira que oficializou o direito ao voto feminino data de 1927 no estado de Rio Grande do Norte. A nível nacional, em 1946, somente votavam as mulheres que recebiam alguma remuneração. Tal panorama só mudou em 1965 com o novo Código Eleitoral.

Como quarta onda feminista, identificada nos anos de 1960, destacou-se um clamor radical no que dizia respeito aos costumes. Mundialmente, 1975 foi considerado o Ano Internacional da Mulher, tamanha era a necessidade de dar visibilidade a todas as situações de discriminação. Foi determinado o dia 8 de março como Dia Internacional da Mulher, pela Organização das Nações Unidas (ONU), em homenagem às trabalhadoras americanas que morreram incendiadas em uma fábrica têxtil, em 1857, supostamente a mando do patrão. Tal represália teria sido devido manifestações por melhores condições de trabalho e redução da carga horária<sup>12</sup>.

Os conteúdos acima explicitam a conturbada trajetória histórica percorrida por mulheres, às quais foi fundamental a persistência na continuidade das reivindicações pelo espaço feminino de participação. Dados publicados do Ipea, evidenciam que na atualidade, mesmo com a sensação de igualdade no acesso a direitos, ainda existe uma grande desigualdade.<sup>13</sup>

Infelizmente muitas mulheres morreram e ainda morrem em prol de direitos básicos somente por serem mulheres, fazendo parte das construtoras de conquistas de direitos fundamentais. Neste sentido, tratados e convenções internacionais, surgem em âmbito de discussão global, devido à observância da diferenciação da situação das mulheres no mundo, o que inclui a questão da violência. A intenção destes foi, e ainda é, acordar entre diversos países a qualidade de vida das mulheres, visando o desenvolvimento das nações, tamanha a desigualdade que permeia até os dias de hoje as questões de gênero. Desta forma, quando os países envolvidos são signatários a estes tratados e não correspondem com os objetivos acordados, é possível a intervenção internacional para que se faça cumprir o compromisso firmado por determinado país que esteja descumprindo ou violando direitos.

---

<sup>12</sup> Há outras versões com relação ao dia 8 de março. Segundo Blay, principal teórica no Brasil a estudar a data, a mais aceita se refere a militante do partido comunista alemão, Clara Zetkin que em 1910 propôs a criação de um dia internacional da mulher, como referência a uma data para mobilizações mundiais das mulheres trabalhadoras para reivindicações de direitos. (BLOG DO ESPARTILHO, 2017).

<sup>13</sup> As mulheres recebem em média 76% dos salários recebidos pelos homens, sendo que as que ocupam cargos de chefia, 68%. Com relação aos trabalhos domésticos, as mulheres perfazendo uma média de 25 horas semanais para 10 horas semanais masculinas. (BRASIL, 2016).

Assim ocorreu com a farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes, que ficou paraplégica devido à tentativa de homicídio por parte de seu companheiro, somente conseguindo a punição do mesmo quando acionada a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), denunciando o Brasil quanto ao descaso em que sua situação era tratada juridicamente (IMP, 2009, não paginado). Tal ação, além de possibilitar o julgamento e punição de seu agressor, desencadeou ações que mudaram a história brasileira com relação ao tratamento jurídico em casos de violência doméstica, culminando com a criação da Lei nº 11.340 em 07 de agosto de 2006, que ficou conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

Neste sentido, foram e são fundamentais os referidos tratados, especialmente em situações identificadas como globais, como é o caso da violência contra as mulheres. Importante destacar a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948, a qual antecede aos demais tratados internacionais, incluindo a igualdade entre homens e mulheres, além das premissas com relação à justiça, respeito, liberdade e dignidade entre os povos das Nações Unidas (ONU, 1948).

No Quadro 1, apresentado a seguir, estão dispostos os tratados mais conhecidos de âmbito internacional que abordam questões relacionadas aos direitos humanos, violência contra as mulheres e discriminação. O Brasil atualmente é signatário de todos estes.

QUADRO 1 - TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE TRATADOS INTERNACIONAIS NO PERÍODO DE 1979 A 1995 E AS REGULAMENTAÇÕES NO BRASIL.

continua

TRATADOS	DESCRIÇÃO
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher – 1979	“Convenção da Mulher”, 1º Tratado Internacional a tratar sobre os direitos humanos das mulheres de forma ampla. Adotada pelas Nações Unidas em 1979, entrou em vigor em 1981, porém no Brasil apenas em 2002.
Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher, “Convenção do Belém do Pará” - 1994.	Adotada em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994, com o intuito de combater a violência contra as mulheres, compreendendo esta como qualquer conduta baseada em relações de gênero que causem morte, sofrimento físico, psicológico ou sexual.

QUADRO 1: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE TRATADOS INTERNACIONAIS NO PERÍODO DE 1979 A 1995 E AS REGULAMENTAÇÕES NO BRASIL.

conclusão

TRATADOS	DESCRIÇÃO
Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - 1994	Cairo setembro de 1994, marco importante no que diz respeito aos direitos das mulheres, principalmente quanto a tomada de decisões sobre sua própria vida.
Declaração de Pequim – 1995	4ª Conferência Mundial sobre a Mulher – maior e mais importante das conferências, pelo número de participantes e pelos avanços conceituais e programáticos. Avaliou avanços obtidos nas conferências anteriores.

FONTE: Adaptado de Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (2016).

Outro aspecto importante dos documentos internacionais é que, a partir destes foram originadas legislações nacionais que sem dúvida reforçam a necessidade de combater a desigualdade, nas várias instâncias sociais da vida. Situações que hoje estão incorporadas com naturalidade ao universo feminino, há pouquíssimo tempo eram inexistentes. Temáticas como igualdade entre homens e mulheres, autonomia das mulheres e combate à violência, passam a ser debatidas e organizadas em formato de leis.

É importante trazer à reflexão períodos históricos nos quais se viabilizaram mudanças culturais que fornecem hoje práticas sociais que só eram exercitadas no universo masculino, avançando desta forma, na trajetória da efetivação de direitos.

No Quadro 2 pode-se observar a trajetória das principais legislações brasileiras instituídas em decorrência da desigualdade de gênero.

QUADRO 2: TRAJETÓRIA BRASILEIRA DE IMPLANTAÇÃO DE DIREITOS PARA MULHERES 1927 A 2013.

continua

ANO	LEGISLAÇÃO
1927	O Estado do Rio Grande do Norte foi o pioneiro a reconhecer o voto feminino, sendo constitucionalizado na Lei Maior somente em 1934.

QUADRO 2: TRAJETÓRIA BRASILEIRA DE IMPLANTAÇÃO DE DIREITOS PARA MULHERES  
1927 A 2013.

conclusão

ANO	LEGISLAÇÃO
1943	Decreto Lei 5.452 - Consolidação das Leis do Trabalho, marco na concessão dos direitos trabalhistas às mulheres.
1962	Lei 4.121 - Estatuto da Mulher Casada – maior autonomia a mulher, afastando muitas discriminações na relação conjugal.
1977	Lei 6.515 – Lei do Divórcio – regulamenta a dissolução do casamento.
1988	Constituição da República Federativa do Brasil – igualdade nas relações entre homens e mulheres, enquanto direitos e garantias fundamentais.
1995	Lei 9.100 – Estipula percentual mínimo de representatividade feminina nas eleições municipais.
2002	Lei 10.406 - Novo Código Civil que revoga o então vigente desde 1916, que entre outras redações possibilitava a anulação do casamento pelo homem no caso de mulher deflorada.
2013	Emenda Constitucional 72/2013 regulamenta direitos às empregadas domésticas.

FONTE: BRASIL (2016).

O quadro anterior demonstra a morosidade histórica no que diz respeito aos direitos das mulheres no Brasil, que em diversificadas áreas apresentam quase um século de trajetória para consolidação de direitos elementares. Do período em que o estado do Rio Grande do Norte reconheceu primeiramente o voto feminino, em 1927,

à regulamentação em Lei Maior em 1934, foram sete anos. Passaram-se 68 anos para que, em 1995, as mulheres conseguissem uma legislação que garantisse um percentual mínimo de representatividade política.

Quanto ao marco para as mulheres somente após 70 anos da Consolidação das Leis do Trabalho (1943), as empregadas domésticas obtiveram seus direitos regulamentados.

Da relação conjugal entre homens e mulheres, o Estatuto da Mulher Casada em 1962 propiciou maior autonomia às mulheres, sendo regulamentado o divórcio 15 anos depois. A revogação do Código Civil de 1916 que, entre outras redações trazia o direito do homem anular o casamento caso sua mulher já tivesse sido deflorada, ocorreu 86 anos depois, em 2002.

A igualdade entre homens e mulheres promulgada na Constituição Brasileira em 1988, foi sem dúvida uma grande conquista para as mulheres brasileiras, contudo nas relações em sociedade, as transformações aconteceram de forma muito mais lenta, haja vista as diferenças salariais e de jornada de trabalho.<sup>14</sup>

A questão da distinção preconceituosa entre homens e mulheres ainda está enraizada nas relações cotidianas da cultura a nível mundial. Isto porque a natureza própria da mulher relacionada à maternidade condicionou historicamente seu papel ao âmbito doméstico e ao cuidado com os filhos, além de toda a responsabilidade de equilíbrio desta família. Inúmeros aspectos garantiram a manutenção desta condição, como por exemplo, a subordinação a religião, o pecado e a crença de que a mulher deveria se submeter, anular-se a todas as adversidades em nome de sua responsabilidade para com o outro. Não são somente resquícios, mas ainda uma cultura que persiste e que é intrínseca até entre muitas mulheres, que acreditam que a harmonia familiar é uma função eminentemente feminina. O patriarcado se manifesta em inúmeros contextos, de forma subliminar muitas vezes, com a intenção de tentar manter a subordinação de forma velada. Faz-se necessária uma ampla reflexão buscando a desmistificação de conceitos impostos, que permeiam relações de poder que fazem parte do modelo de sociedade em que convivemos. É preciso refletir sobre a forma contemporânea de exploração da mulher, de sua subordinação, em formato de modernidade que transmite a falsa sensação de igualdade.

---

<sup>14</sup> Ver página 29.



Por fim, no intuito de exemplificar mais uma vez, como se dava na prática a submissão das mulheres por meio do poder arbitrário, escolheu-se uma triste situação ocorrida no Canadá com a imigração dos franceses, que acompanhados pelos jesuítas, buscaram interação com índios *hurons*. Nesta tribo a organização familiar se dava com foco matrilocal, ou seja, a descendência familiar era materna. As índias *hurons* desempenhavam importante papel naquela sociedade, tanto no aspecto religioso quanto na organização familiar. Deparando-se com o cristianismo, não foram convertidas facilmente, visto que não havia benefícios neste novo modelo. Logo, a estratégia utilizada pelos missionários foi a de instituir o casamento cristão, no qual os homens, desempenhando agora um novo papel de dominação, obrigavam as mulheres a seguirem padrões estabelecidos pelos jesuítas, por meio da força física se necessário o fosse. (STEARNS, 2010).

Obviamente que este breve relato, acontecido em outro contexto histórico e social, não consegue transmitir o tamanho da importância que foi a destruição e todas as arbitrariedades perpetradas a referida tribo. Mas a escolha foi justamente por possibilitar a identificação, neste exemplo, do que foi descrito no decorrer deste capítulo no item 2.1, demonstrando os aspectos abordados com relação à construção do papel de submissão da mulher, sobretudo com as características teorizadas por Scott: a construção de símbolos culturais juntamente da necessidade obrigatória de respeitá-los por meio então de conceitos normativos os quais se solidificam na perspectiva de fixidade e construção da identidade subjetiva.

Utilizando-se do exemplo acima, é possível perceber que ao conceituar gênero Scott (1998) demonstra sua determinação social, bem como suas relações com instituições, estruturas e práticas quotidianas.

## 2.2 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

Para Minayo (2013), a violência deve ser localizada dentro de um conjunto de problemas, dentre os quais está à saúde, condições, situações e estilo de vida. É fundamentalmente caracterizada como um problema social, que acompanha a humanidade. Está presente em todas as classes sociais, podendo expressar características típicas em cada uma delas.

Apesar de ser histórica e presente em muitas sociedades das mais variadas formas, vem destacando-se, do ponto de vista epidemiológico nos últimos 20 anos (MINAYO, 2013). Neste sentido, no ano de 2001, o Ministério da Saúde publicou um documento norteador, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, bem como a portaria MS/GM n. 737 de 16/05/01, que traz diretrizes para atuação das instituições competentes quanto à abordagem a violências e acidentes, seja no aspecto de promoção a saúde quanto de prevenção destes eventos. (BRASIL, 2001).

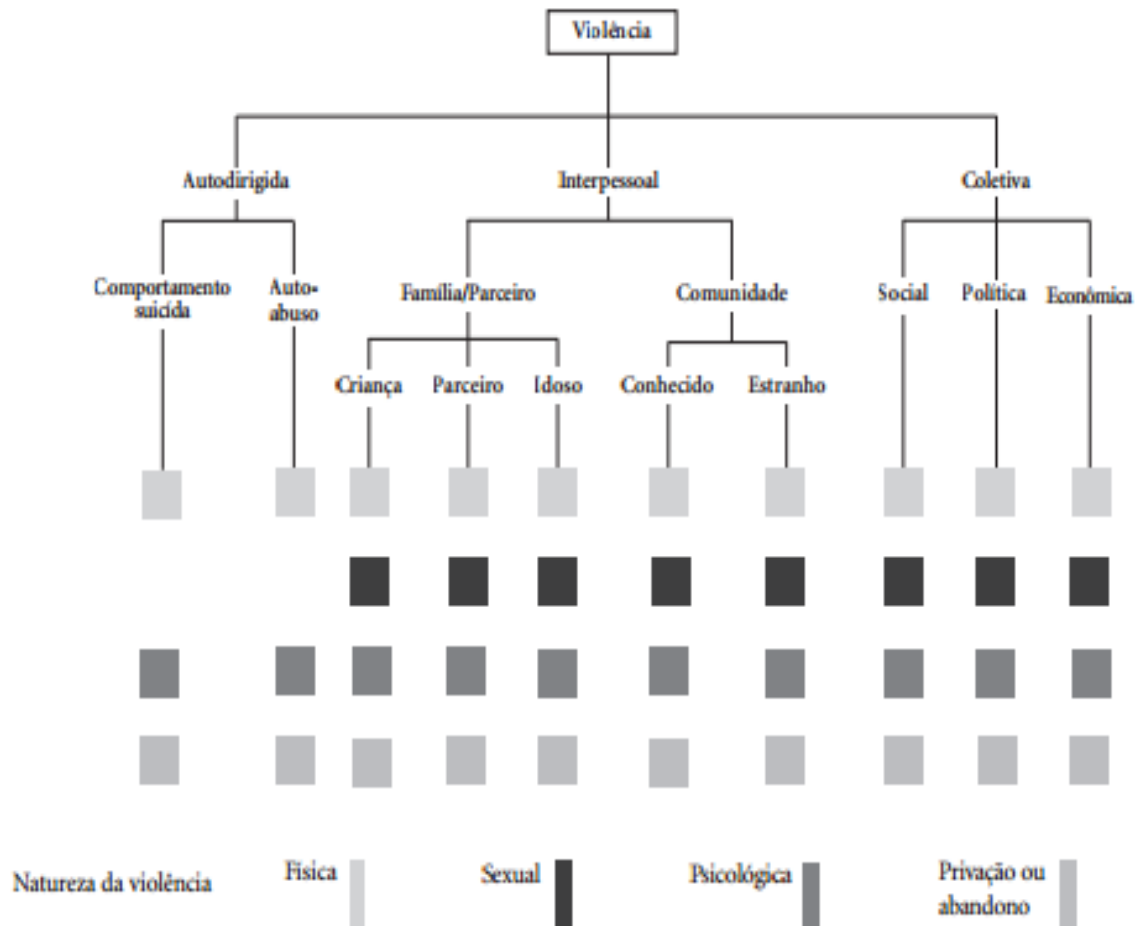
A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, conceitua violência como sendo:

[...] uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

A discussão da violência no âmbito da saúde, viabilizou a possibilidade de melhorar o atendimento prestado, ampliando ainda mais a visibilidade do fenômeno, e conseqüentemente, investindo em sua compreensão. Somente desta forma foi possível estabelecer estratégias, dentre as quais a atuação profissional especializada, identificação e notificação de violências, possibilitando a interação do atendimento à saúde com demais instâncias intersetoriais da sociedade. Os encaminhamentos realizados a partir do atendimento à saúde, especialmente no caso de violência sexual, como: acionamento de Conselhos Tutelares, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), delegacias especializadas de atendimento à mulher, centros de referência de atendimento a mulheres, são alguns exemplos de como se consolidaram práticas voltadas ao atendimento da violência, incluindo o setor saúde na discussão e estabelecendo uma rede de atendimento. (BRASIL, 2011).

Partindo das reflexões acerca da violência, identificou-se que esta é exercida de variadas formas em diversificados contextos, conforme demonstrado na Figura 2.

FIGURA 2: TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.



FONTE: OMS, 2002.

A tipologia apresentada, possui três grandes grupos relacionados à violência. A violência autodirigida ou auto infligida se refere a comportamentos suicidas e auto abusos; a violência coletiva são atos violentos em âmbito macrossocial, caracterizando a dominação de grupos e do Estado. Já a violência interpessoal é subdividida em violência familiar e violência comunitária. A violência contra as mulheres se encontra nesta categoria, assim como a praticada contra crianças, jovens e idosos. No caso das mulheres, caracteriza-se como violência familiar quando infligida pelo parceiro íntimo e comunitária quanto relacionada a atos aleatórios de violência praticados por estranhos, o que inclui o estupro. (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014).

No Brasil, os primeiros avanços relacionados ao enfrentamento da violência contra mulheres foram marcados pela criação da Delegacia de Defesa da Mulher e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) pela Lei 7.353 de 1985. Deste período até o ano de 2002, surgiram outras delegacias especializadas e Casas-Abrigo, enfatizando o caráter de segurança pública e assistência social no encaminhamento das questões relativas à violência contra mulheres. (BRASIL, 2011).

Partindo para a tipologia específica da violência sexual, atualmente, políticas públicas, novos olhares sobre o fenômeno e estudos realizados desvelam uma realidade na qual é possível reconhecer agentes agressores, vítimas (mulheres e homens), cenários, entre outros fatores. Todavia, os números de violência sexual afetam principalmente mulheres e meninas. (OMS, 2011). Tal concretude nos remete ao fato de que a violência de gênero contra mulheres está totalmente relacionada aos grandes índices de violência sexual.

### 2.2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES

No Brasil, o Crime de Estupro está previsto no Código Penal Brasileiro é definido como: “Art. 213 Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. (BRASIL, 2009).

Acerca da questão da violência sexual, o Centro de Estudos e Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp) e o Departamento de Tocoginecologia da Universidade de Campinas (Unicamp), foram os precursores em âmbito nacional a discutir as consequências da violência sexual em mulheres, incluindo a gravidez indesejada. A partir do ano de 1996, tais entidades passaram a viabilizar fóruns Interprofissionais para debater as temáticas: violência sexual e aborto legal.

O I Fórum Interprofissional organizado pelo CEMICAMP, tinha por objetivo discutir a implementação do atendimento ao aborto previsto em lei. Concluiu-se que a maior causa de interrupção da gestação de forma legal no Brasil era resultante de crimes de estupro e que as mulheres não conseguiam interromper a gestação na perspectiva legal a qual possuíam direito. As instituições de saúde não se sentiam seguras na realização da prática do abortamento em casos de estupro. Identificou-se que estas mulheres recorriam a abortos clandestinos, embora estivessem amparadas

pelo Código Penal para realização do procedimento legalizado em hospitais. (FAÚNDES, 2002).

Nos fóruns subsequentes, II e III, concluiu-se que a preocupação deveria abranger as mulheres acometidas por violência sexual, independentemente desta culminar em gestação. Então, a partir do IV Fórum, realizado no ano de 1999, a denominação do evento passou a se chamar "Fórum Interprofissional sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual", com o claro objetivo de disseminar pelo país a importância da implantação de serviços para atendimento a esta demanda. Nesta tarefa de sensibilização e capacitação de profissionais, destacaram-se: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), que instituiu a "Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Aborto Previsto na Lei", Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, faculdades de medicina, profissionais de saúde, juristas entre outros. (FAÚNDES, 2002).

Somou-se em grande grau de importância neste contexto a publicação, pelo Ministério da Saúde no ano de 1998, da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. (BRASIL, 1999). Os demais fóruns seguiram debatendo e aprimorando as questões relativas ao atendimento de violência sexual, identificando-se a necessidade da participação de outros profissionais de saúde por meio dos respectivos conselhos de classe, bem como a importância de discutir a temática do atendimento a mulheres e adolescentes, o que acabou por se consolidar no X Fórum, no ano de 2005, com a participação de Conselhos Federais e Regionais de Medicina, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. O momento era propício, tendo em vista o encaminhamento do Projeto de Lei 1.135/91 ao Congresso Nacional que:

[...] Estabelece o direito à interrupção voluntária da gravidez, assegura a realização do procedimento no âmbito do SUS, determina a sua cobertura pelos planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. (FAÚNDES et al., 2007, p 56).

A abordagem quanto à violência sexual contra as mulheres na década de 2000 evoluiu significativamente em termos legislativos. Importante ressaltar que para tanto, conquistas anteriores dos movimentos feministas garantiram tal possibilidade dando

visibilidade á questão da violência contra mulheres e possibilitando diálogo com o Poder Legislativo. (PITANGUY; BARSTED, 2011).

De fundamental importância foram as alterações ocorridas no Código Penal Brasileiro, por meio das leis nº11.106/2005 (BRASIL, 2005) e Lei nº12.015/2009 (BRASIL, 2009) no que diz respeito à violência contra as mulheres em âmbito geral, contudo foram destacadas aqui aquelas relativas especificamente à violência sexual, tais como: a revogação da extinção da punibilidade do estuprador que se casasse com a vítima, o reconhecimento do crime de estupro por marido ou companheiro, atendado violento ao pudor passa a ser definido como estupro considerando como vítimas tanto mulheres como homens com a nova redação (na anterior somente as mulheres eram vítimas de estupro).

No Quadro 3 foram elencadas as principais legislações estabelecidas na década de 2000, relativas ao combate à violência contra as mulheres.

QUADRO 3 - MECANISMOS PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL – 1985 A 2015.

Continua

ANO	DESCRIÇÃO
29 de agosto de 1985	Lei nº 7.353 - Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM
06 de agosto de 1985	Criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher, no estado de São Paulo.
24 de novembro de 2003	Lei nº 10.778 - Obriga os profissionais de saúde, de instituições públicas ou privadas a comunicar qualquer tipo de violência contra a mulher à autoridade sanitária.

QUADRO 3 - MECANISMOS PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL.

conclusão

ANO	LEGISLAÇÃO
2005	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Documento com enfoque no planejamento familiar no que tange ao direito de homens e mulheres quanto à saúde sexual e reprodutiva.
07 de agosto de 2006	Lei nº 11.340 - Lei Maria da Penha - Coíbe e pune a violência doméstica contra as mulheres.
15 de dezembro de 2010	Decreto nº 7.393 - Dispõe sobre o funcionamento do serviço Ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher.
01 de agosto de 2013	Lei 12.845 - dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento emergencial, integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual.
09 de março de 2015	Lei nº 13.104 - Altera o Código Penal Brasileiro no que diz respeito a qualificação de crime de homicídio como hediondo nos casos em que a motivação tenha sido a condição de sexo feminino. Lei do Feminicídio.

FONTE: BRASIL (2016).

O avanço na legislação brasileira ocorreu em consonância com o panorama nacional propositivo para as questões de combate a todos os tipos de violência contra as mulheres, dando visibilidade às discussões e focando em estratégias para enfrentamento do problema, como a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres no ano de 2003. O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a

Mulher, lançado no ano de 2007, foi criado com o propósito de acordar entre o governo federal, estadual e municipal, ações para consolidar a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que tem por objetivo geral “enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral deste fenômeno.” (BRASIL, 2011, p.35).

A referida política teve por objetivo a efetivação de quatro eixos que são: combate, prevenção, assistência e garantia de direitos. Para tanto, a rede de atendimento à mulher em situação de violência, foi dividida nas áreas de saúde, justiça, segurança pública e assistência social. Nesta divisão, perpassam duas categorias de serviços, sendo os não especializados e os especializados. Os serviços não especializados caracterizam-se pela porta de entrada das mulheres na rede, sendo: hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, Centros de Referência de Assistência Social (Cras), Centros de Referência Especializada de Assistência Social (Creas), Ministério Público e defensorias públicas. Os serviços especializados de atendimento à mulher caracterizam-se pelo atendimento exclusivo às mulheres, possuindo *expertise* na temática de violência contra as mulheres. São estes: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em situação de violência, Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Posto de Atendimento Humanizado em aeroportos, Núcleos de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao imigrante, Serviços de Saúde especializados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica. (BRASIL, 2011).

No que tange especificamente à violência sexual, muito se avançou na trajetória da assistência especializada, efetivando-se o foco primordial na saúde, atentando para a necessidade de se pensar primeiro no cuidado para com as mulheres violentadas sexualmente. Desta forma, encaminham-se na sequência outras questões tão importantes quanto o cuidado com a saúde, como por exemplo aspectos correlacionados ao âmbito judicial, invertendo a antiga lógica do atendimento, viabilizando a eficácia do atendimento à saúde das mulheres, em primeiro lugar.



## 2.2.2 ATENDIMENTO A PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Conforme visto anteriormente, no ano de 1998, ocorreram no Brasil diversas discussões sobre as consequências da violência sexual às vítimas<sup>15</sup>, em sua grande maioria do sexo feminino. Em 1999, o Ministério da Saúde instituiu a primeira Norma Técnica para atendimento integral de violência sexual, intitulada: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 1999). Desde então as demais Normas Técnicas editadas foram revistas e ampliadas.

Na atualidade, o atendimento de violência sexual é prestado a crianças acima de 12 anos completos, mulheres e homens adultos, tendo como prioridade o atendimento de saúde até 72 horas da ocorrência da violência, prevenindo possíveis contaminações em decorrência desta e gravidez indesejada. O protocolo instituído está em conformidade com a Norma Técnica vigente do Ministério da Saúde<sup>16</sup> a qual está em sua 1ª edição, num formato que integra Ministérios da Saúde, Justiça e Secretaria de Política para Mulheres:

[...] As pactuações locais de atendimento intersetorial às pessoas em situação de violência sexual podem ser desenvolvidas em parceria entre a equipe de perícia oficial e a equipe do hospital, de modo que tanto a assistência por parte da saúde quanto a perícia ocorram no mesmo local, mas são realizadas por equipes distintas, num só momento (BRASIL, 2015, p. 21).

Neste sentido, ao mesmo tempo em que é realizado atendimento de saúde como profilaxias e exames clínicos, são coletados vestígios por perito do IML sem a necessidade de deslocamento para outro local. Caso a vítima realize o registro policial, o qual não é obrigatório, as informações da perícia poderão ser encaminhadas quando solicitadas por autoridade competente. Para tanto, se faz necessário que serviços públicos distintos, sejam organizados para que de fato seja viabilizada a efetivação na perspectiva da integralidade do atendimento durante e depois da violência:

---

<sup>15</sup> Quanto ao termo vítima Saffioti reconhece as mulheres como tal, todavia as define como sujeitos em uma relação desigual de poder. (SAFFIOTI 1987 *apud* CASSAB 2015). Na pesquisa optou-se pela utilização do termo vítima devido ser a nomenclatura constante nas legislações que normatizam o atendimento.

<sup>16</sup> Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. (BRASIL, 2015).

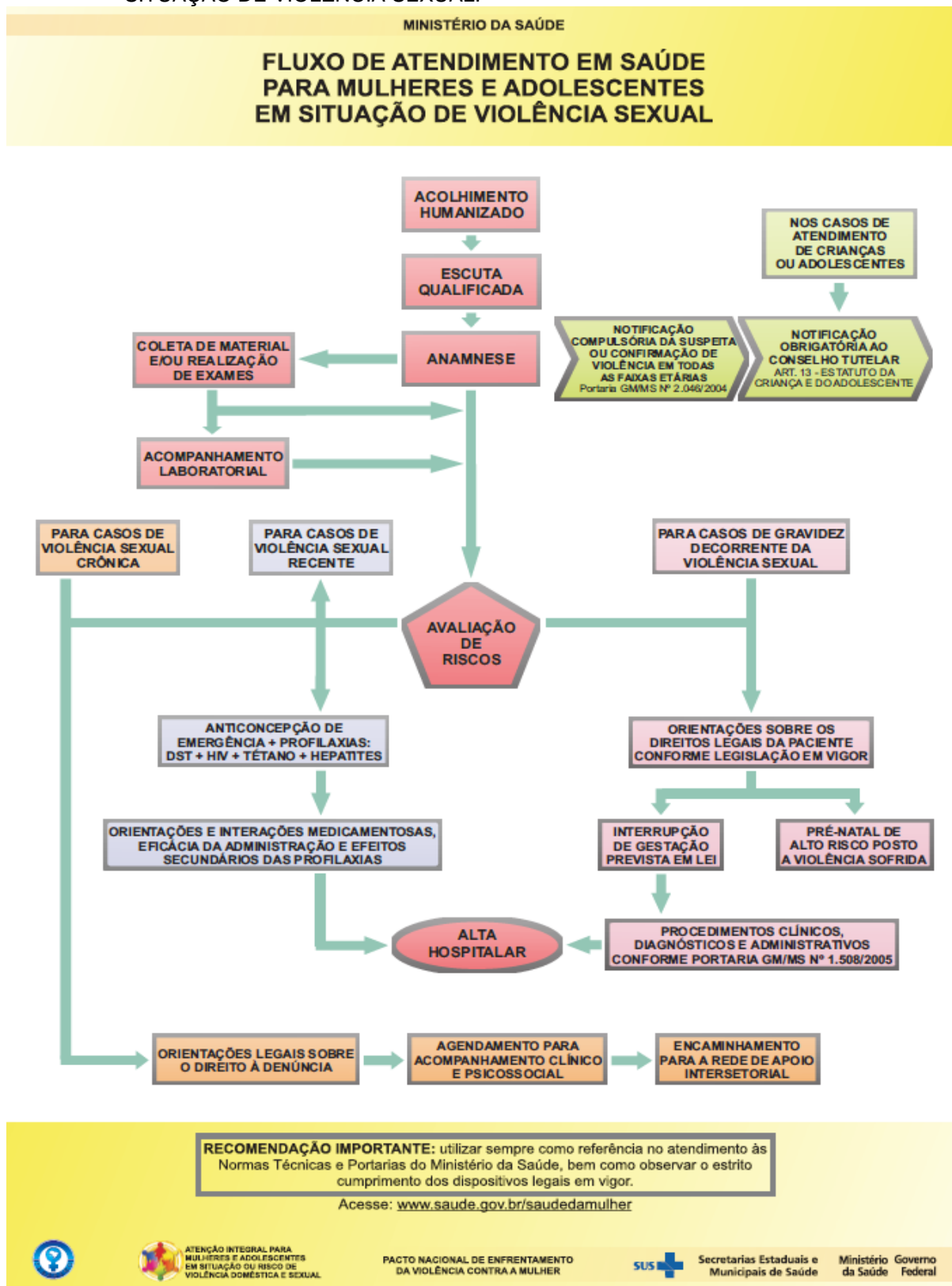
[...] Um dos grandes desafios para enfrentar essa violência é a articulação e integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização destas mulheres e, acima de tudo, oferecer o atendimento humanizado e integral (BRASIL, 2015, p 8).

Outros aspectos são evidenciados na Norma Técnica como a importância da escuta qualificada, garantia de privacidade e confidencialidade, respeito à decisão da mulher em qualquer etapa do atendimento. Tais orientações são fundamentais na realização do atendimento.

Toda situação de violência sexual é notificada por meio da Ficha de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada (FNI), de caráter compulsório a partir da Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. No fluxo do protocolo, dentro do CHC, a responsabilidade do encaminhamento das notificações de violência é do Serviço Social que atua na maternidade. As notificações são encaminhadas às delegacias especializadas, quando autorizado pela pessoa adulta no momento do atendimento e aos Conselhos Tutelares de referência quando crianças e adolescentes, e posteriormente ao Serviço de Epidemiologia Hospitalar, que irá tabular as informações junto ao banco de dados do Sinan.

O atendimento é disponibilizado 24 horas por dia, com atuação de profissionais de medicina, enfermagem e serviço social, ambulatoriamente são agendados retornos nas especialidades de psicologia e infectologia. Na Figura 4 pode-se observar o fluxograma estabelecido pelo Ministério da Saúde quanto à organização do atendimento. Tal fluxo foi implantado no CHC sendo utilizado para a realização dos atendimentos de violência sexual.

FIGURA 3 – FLUXO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.



FONTE: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (2011).

## 2.3 ABORTAMENTO LEGAL

Também denominado no direito como aborto sentimental, lícito, ético ou humanitário. (BARWINSKI, 2016). Os termos aborto e abortamento, conforme norma técnica do Ministério da Saúde, possuem a seguinte distinção: Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana da concepção pesando menos de 500g e aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento. (BRASIL, 2011, p. 29).

O aborto, como é referido no senso comum, sempre é um tema difícil de ser debatido. Discussões bioéticas sobre a origem da vida ainda não estabeleceram de fato quando esta se inicia. Isto porque, são muitas as divergências na própria comunidade científica e até mesmo entre as religiões. (BARCHIFONTAINE, 2010). Mesmo o Estado brasileiro sendo laico, as religiões exercem uma forte coerção no imaginário da sociedade e das próprias mulheres que buscam pela realização do abortamento, o que é possível identificar empiricamente nas falas, controvérsias entre desejar o procedimento ao mesmo tempo em que afirmam não serem a favor por conta da religião com a qual possuem identificação.<sup>17</sup> Assim, por mais que as religiões em alguns casos, não pesem na decisão final, é mais um fator coercitivo, que assombra as mulheres violentadas sexualmente.

No Código Penal Brasileiro, desde o ano de 1940, é lícita a interrupção da gestação decorrente de violência sexual, estando previsto no Artigo 128:

[...] Não se pune o aborto praticado por médico:  
Aborto necessário  
I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante;  
Aborto no caso de gravidez resultante de estupro.  
II se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (BRASIL, 1940, não paginado).

O consentimento por escrito das mulheres é fundamental para a realização do abortamento. Em se tratando de adolescentes, a participação do representante legal é imprescindível, sendo necessário consenso entre ambos para a realização do abortamento. Caso não seja possível o consenso, deve-se recorrer ao sistema judicial. (BRASIL, 2009).

---

<sup>17</sup> Tal situação ocorre quando da busca inicial pelo procedimento, momento onde as mulheres relatam sua história e as angústias de se imaginarem levando adiante a gestação.

Pautado em tratados e convenções internacionais acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, a assistência às mulheres em situação de abortamento legal está prevista no âmbito dos direitos humanos, devendo, portanto, ser observada e garantida.

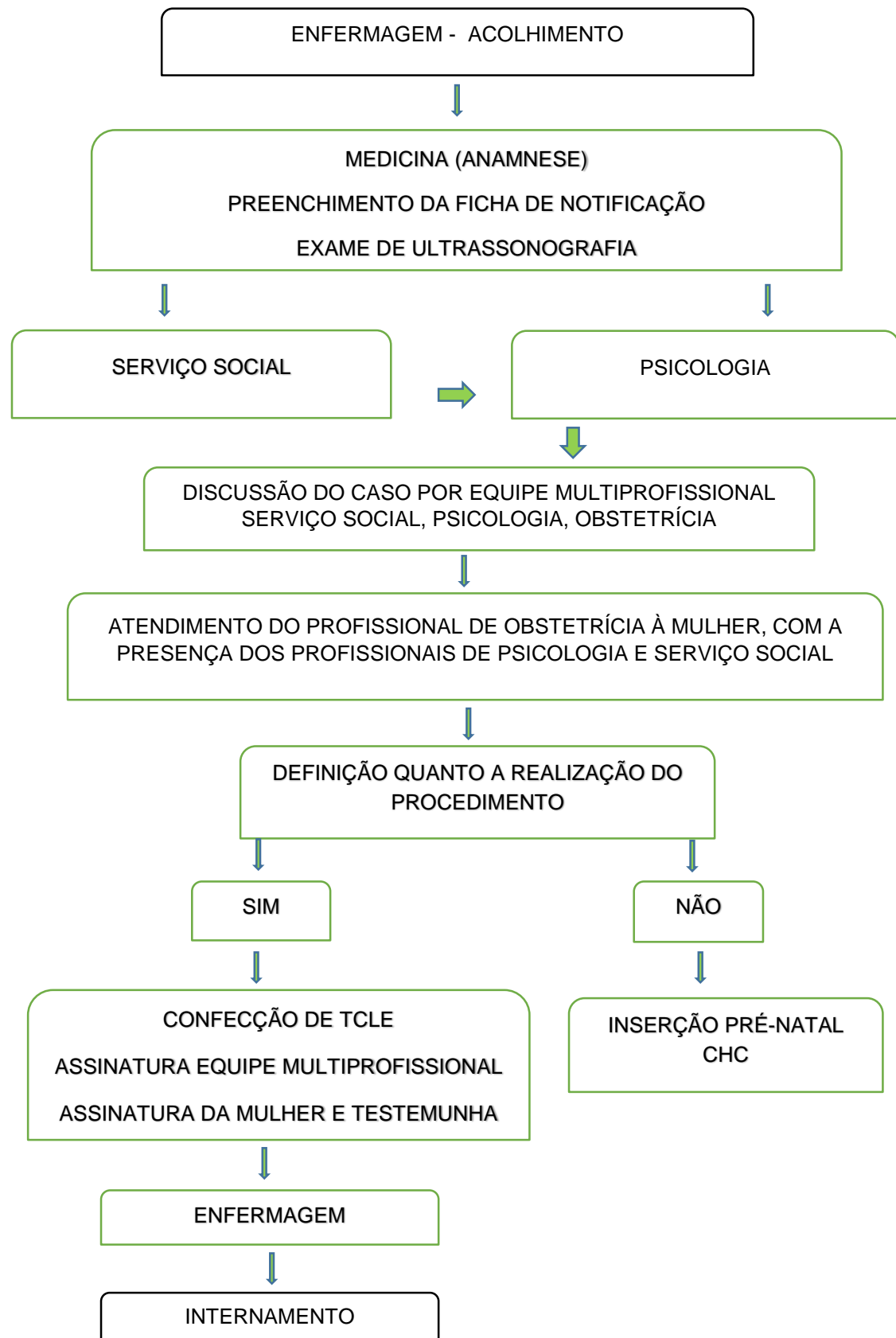
Na perspectiva do atendimento integral, o Ministério da Saúde no ano de 1999 organizou não só o atendimento para violência sexual nas 72 horas após a violência, quanto a norma técnica específica para nortear todo o procedimento de abortamento legal: Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. (BRASIL, 2012). Neste documento está descrito de forma clara e acessível aos profissionais de saúde, passo a passo para a realização do atendimento e os aspectos legais que o permeiam.

O fluxo estabelecido para estas situações ocorre de forma a viabilizar a prioridade que o caso requer, desde o acolhimento até sua finalização, independentemente de qual seja. Quando a mulher procura pela interrupção da gestação, traz consigo dúvidas e angústias, revive o momento da violência, mesmo sem ainda o ter superado. Desta forma:

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde (BRASIL, 2011, p. 15).

O atendimento inicial se dá com profissionais da medicina e enfermagem, com realização da anamnese, preenchimento da FNI (ANEXO 1), a qual está descrita no percurso metodológico desta pesquisa, e exame de ultrassonografia para identificação da idade gestacional, aspecto clínico que deve ser determinado de modo a excluir a possibilidade da gestação ser anterior à violência sofrida. O atendimento psicológico ocorre por agendamento, sendo este priorizado pois irá compor a discussão da equipe multiprofissional quanto a realização ou não do abortamento. A tramitação do processo de interrupção da gestação pode ser visualizada por meio da Figura 4 que demonstra o fluxo estabelecido na instituição CHC.

FIGURA 4 – FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR, CURITIBA, 2017.



FONTE: A AUTORA (2017).

Todo o processo acima descrito, ocorre o mais rápido possível, em um prazo aproximado de duas semanas, tendo em vista a agilidade que o caso requer. Para tanto, atendimentos que necessitam agendamento prévio, como exame de ultrassonografia e consulta com psicologia, possuem a possibilidade de priorização, ou seja, são incluídos a uma agenda já existente, pelos próprios profissionais, evitando que as mulheres aguardem em uma longa fila de espera e evitando maiores constrangimentos.

As dúvidas que podem permear os profissionais de saúde e a sociedade de forma geral é: como ter certeza de que esta gestação é decorrente de um estupro? Como saber se a mulher está falando a verdade? Tais questionamentos encontram-se sanados tanto na Norma Técnica quanto no Código Penal (BRASIL, 2009), que orientam sobremaneira os profissionais e demais interessados no assunto quanto ao posicionamento e conduta. Há que se acolher a história da vítima como presunção de veracidade, conforme preconizado no Código Penal:

§ 1º - É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima. Não há isenção de pena quando o erro deriva de culpa e o fato é punível como crime culposos. (BRASIL, 2009, não paginado).

Mesmo se tratando de direito previsto em lei, a situação de abortamento representa uma temática de grande fragilidade, primeiramente para a mulher que procura pelo atendimento, bem como pelos profissionais que a acolhem e compartilham de suas angústias e demais sentimentos difusos.

No que tange o exercício do profissional da medicina, está prevista no Código de Ética Médica e também abordada pela norma técnica, a objeção de consciência, que é a recusa pela realização, neste caso, do abortamento. De acordo com Conselho Federal de Medicina no Capítulo II Artigo IX referente aos direitos dos médicos, estes podem se recusar a realizar atos que mesmo permitidos por lei, “sejam contrários aos ditames de sua consciência. (CFM, 2010, não paginado). Todavia, tal direito só pode ser exercido mediante garantia de que o abortamento legal será exercido por outro profissional. A objeção de consciência não pode ser utilizada em situações nas quais haja risco de morte para a mulher, na falta de outro profissional para realização de abortamento legal, quando por omissão do profissional houver danos à saúde da

mulher e em casos de complicação devido abortamento inseguro em caráter de urgência. (BRASIL, 2012).

A necessidade da qualificação contínua da equipe de saúde se faz fundamental no processo de abortamento legal, tendo em vista que muitos não almejam atuar nesta área específica. É imprescindível que os profissionais de saúde compreendam a importância do atendimento assistencial, sem confundir seus preceitos individuais com o exercício profissional. Até porque, assistência em saúde não pode de forma alguma obter *status* de juízo de valor. As legislações e normatizações já trazem de forma bem clara esta diferenciação. Portanto discutir, refletir sobre a violência sexual e suas consequências, deve ser objetivo constante dos serviços de referência que acolhem pessoas em situação de violência sexual.

A carência por serviços especializados para atendimento ao abortamento legal, dificulta o acesso das mulheres e perpetua a violência, tendo em vista a necessidade por percorrer um longo e tortuoso caminho, sofrendo constrangimentos que agravam e postergam a violência sofrida.

### 2.3.1 PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NO ABORTAMENTO LEGAL DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR.

Após acolhimento inicial, o Serviço Social é acionado para dar sequência no atendimento, visando orientar a mulher de forma acolhedora. A partir deste momento, o Serviço Social assume a responsabilidade com a mulher de mediar todo o trâmite com a equipe multiprofissional na qual está inserido como referência para o abortamento legal. Desta forma objetiva-se expor o mínimo possível a mulher, tendo em vista a fragilidade em que esta se encontra.

A partir de então, tal situação será atendida de forma prioritária, tendo em vista a urgência que o caso requer. É assegurado às mulheres o caráter sigiloso do atendimento, bem como a legalidade do processo. Muitos sentimentos são externalizados no momento do atendimento. A culpa, a vergonha e o medo fazem parte da fala destas mulheres com bastante frequência, sendo necessário intervir reforçando a estas que elas foram vítimas de um crime que em hipótese alguma pode ser justificado.



As mulheres são orientadas quanto ao protocolo em sua totalidade, desde a documentação necessária, aspectos legais e as etapas que ocorrerão. Na perspectiva da continuidade do acolhimento, procura-se esclarecer dúvidas, objetivando oferecer o melhor atendimento possível no sentido de garantir acesso ao seu direito legal e estabelecendo vínculo profissional uma vez que, a partir deste momento, tal profissional acompanhará todas as etapas até a definição pela realização ou não do procedimento.

Sua história é acolhida, de forma a orientá-la sobre a legalidade do processo, mas é informada que poderá mudar de opinião em qualquer momento. De forma alguma a mulher pode ser interpelada quanto a veracidade de sua história nem tampouco é realizada qualquer conduta que tenha por objetivo realizar convencimento para não realização do procedimento.

[...] A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a aptidão para lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as vítimas a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao(à) profissional desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das pessoas, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro. (BRASIL, 2015, p. 24).

Para além do abortamento legal, é oferecido à mulher a possibilidade de levar adiante a gestação, com acompanhamento de equipe multiprofissional no pré-natal da própria instituição, optando ficar com a criança ou deixá-la para adoção, garantindo a legalidade do processo de adoção, desde que realizado com acompanhamento da instituição de saúde. (BRASIL, 2012).

A documentação prevista oficialmente consiste no exame de ultrassonografia e Termo de Relato Circunstanciado, documento no qual a mulher descreve a história da violência sofrida e o desejo por interromper a gestação, datado, assinado e posteriormente anexado em seu prontuário.

O Boletim de Ocorrência (BO) policial, estava previsto na Norma Técnica de 1999, sendo extinta sua necessidade a partir da edição de 2005. A abordagem quanto à importância do registro da ocorrência policial é realizada na perspectiva de que se procedam os encaminhamentos pertinentes, todavia, não é possível atrelar tal exigência a solicitação ou realização do abortamento legal, havendo respaldo para tanto no Código Penal Brasileiro.

Após discussão da equipe multiprofissional, caso o procedimento não seja autorizado, são apresentadas as justificativas à mulher pelo profissional de medicina e demais que acompanharam o processo até então. É oferecido a possibilidade de incluí-la na rotina de pré-natal na instituição. Sendo autorizado o procedimento de abortamento legal, se procede com a confecção da documentação obrigatória:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constará a realização do procedimento com o devido consentimento da mulher e/ou representante legal. Neste devem constar também informações relativas aos aspectos clínicos e assistência durante o internamento. (ANEXO 2)
- Termo de Aprovação do Procedimento de Interrupção de Gravidez, devidamente assinado por todos os profissionais que compõem a equipe de referência. (ANEXO 3)

Todas as etapas do atendimento são devidamente registradas em prontuário com as justificativas da realização ou não do abortamento.

Durante todo o processo cada mulher é esclarecida de que a decisão final é somente sua e esta deve ser a que lhe cause menor dano, sendo respeitada integralmente pela equipe de saúde.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

O caminho percorrido para a elaboração da pesquisa foi idealizado considerando a responsabilidade que a temática requer, porém, buscando reproduzir a percepção do que é, na experiência empírica, estar com estas mulheres e o significado que o abortamento em decorrência da violência sexual representa para estas. Por esta razão, optou-se por uma pesquisa em duas etapas: quanti e qualitativa. A composição destas duas técnicas vem sendo bastante utilizada, no intuito de produzir conhecimento com maior eficiência, no que se refere a problemas concretos relacionados à saúde:

[...] Estudos de campo em saúde coletiva podem ser compostos metodológicos. Os compostos são estratégias mistas, em que, por exemplo, pode haver duas etapas em um estudo. O desafio será fazer com que elas dialoguem para compor o mosaico do conhecimento sobre o problema. (GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003, p. 150).

A etapa quantitativa, analisou os dados do instrumento obrigatório que é a FNI (ANEXO 1), viabilizando o conhecimento das características epidemiológicas das mulheres participantes da pesquisa, bem como da violência sofrida. A FNI é de caráter epidemiológico e viabiliza por meio de dados sistematizados, a leitura da realidade que se apresenta, a partir das informações fornecidas pelas mulheres quando buscaram pelo atendimento.

O aspecto qualitativo da pesquisa possibilitou demonstrar a subjetividade das situações de violência pertinentes a estas mulheres, por meio de relatos expressos de próprio punho, que na perspectiva da pesquisa qualitativa, possuem como característica a valorização do caráter histórico, sendo este assim definido por Minayo (2010):

[...] é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2010, p. 57).

Neste sentido, a contribuição da pesquisa qualitativa esteve na riqueza de compreender o indivíduo como parte integrante de um processo histórico, em que este se expressa e se relaciona, culminando em sensações e comportamentos.

### 3.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso documental descritivo, dividido em duas etapas, com abordagem quantitativa e qualitativa, respectivamente.

A escolha pelo delineamento de estudo de caso viabilizou a investigação de um fenômeno contemporâneo, dentro de seu contexto, preservando o caráter unitário. (GIL, 2009). Já quanto aos fins, o estudo descritivo possibilitou a exposição de características de determinado fenômeno. (TOBAR, YALOUR, 2001). Quanto aos meios, utilizou-se da pesquisa documental, devido ao acesso a documentos institucionais para coleta de dados, em dois momentos distintos, descritos a seguir.

#### 3.1.1 Etapa quantitativa da pesquisa

Ocorreu junto ao Serviço de Epidemiologia Hospitalar (SEPIH), onde os dados coletados foram provenientes do Sinan por meio das informações das FNI. Os campos da FNI possuem identificação numérica e podem ser visualizados no Anexo 2. Nesta etapa foram analisados os seguintes campos: (12) idade, (15) raça/cor, (16) escolaridade, (20) município de residência, (34) ocupação, (35) situação conjugal/estado civil, que se referem aos dados da pessoa atendida

Os campos (41) município de ocorrência, (51) hora da ocorrência, (52) local de ocorrência, (57) meio de agressão (F) natureza, (61) vínculo/relação/grau de parentesco com a pessoa atendida, (63) suspeita de uso de álcool (I) suspeita de uso de outra droga e (66) violência relacionada ao trabalho, dizem respeito a ocorrência da violência.

Foram excluídos os campos de identificação da mulher e os relativos aos procedimentos profiláticos e especificidades clínicas. As demais informações subsidiaram conhecer a realidade objetiva dos casos de violência sexual das mulheres acima de 18 anos que solicitaram, no cenário do estudo, o abortamento legal no período de 2009 a 2015. Tais dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples e tabelas dinâmicas – TabWin.

### 3.1.2 Etapa qualitativa da pesquisa

A coleta foi realizada junto aos prontuários das participantes nos quais se encontram os Termos de Relato Circunstanciado, que consistem na descrição detalhada das circunstâncias da violência sofrida, como local, horário, número de agressor(es) e características deste(s) se possível. (BRASIL, 2010). O anonimato das mulheres foi preservado, identificando-se cada caso por meio da abreviação RC, seguida de sequência numérica, como RC1, RC2 e assim sucessivamente.

A análise dos dados foi realizada com apoio do *software WebQDA*, o que permitiu analisar os Termos de Relato Circunstanciado identificando por meio de nuvem de palavras, as que apareceram com maior frequência nos relatos das mulheres que solicitaram o abortamento legal. Com a alternativa de eliminar palavras que não possuíam relevância discursiva para análise como pronomes, preposições, etc., após leitura exaustiva dos relatos, foram identificadas aquelas que permitiram a análise textual.

O *software WebQDA (Web Qualitative Data Analysis)*, é um *software* de apoio à análise qualitativa acessado através da internet em um ambiente seguro de trabalho colaborativo. (SOUZA; SOUZA; COSTA, 2014).

O *webQDA online* é capaz de analisar textos, vídeos, áudios e imagens. Com esta ferramenta, as fontes de dados e o sistema de indexação, podem estar disponíveis *online* para todos os utilizadores a quem seja atribuído acesso a qualquer tempo. O *software* possui ferramentas que permitem levar a criatividade, aprofundamento e questionamento até os limites pelo utilizador em uma investigação e pode ser utilizado de qualquer computador que tenha acesso a rede de *internet*, não sendo necessário baixar um programa específico para isto. (MANUAL *WebQDA*, 2016).

FIGURA 5 – FUNDAMENTO ESTRUTURAL DO WebQDA



FONTE: SOUZA; SOUZA: COSTA, 2014.

O *webQDA* é composto de três partes dinâmicas e flexíveis para se adaptar aos diversos modelos e processos de análise qualitativa de dados, por meio desta interação fornece elementos que irão apoiar o investigador na escrita de resultados, no processo de validação e de articulação com outros investigadores (FIGURA 5). Este sistema pode ser usado desde o primeiro momento do processo de investigação e ser alimentado em estágios cíclicos ou ser alimentado por completo na fase final da investigação. (SOUZA; SOUZA; COSTA, 2014).

Suas partes são:

- FONTES: neste local o utilizador coloca os dados não-numéricos e não estruturados (textos, áudio, vídeo e imagens), provenientes das diversas fontes de dados recolhidas durante todo o processo.
- CODIFICAÇÕES: neste local é disponibilizado para o investigador as ferramentas para que ele mesmo faça a codificação dos dados, para que o mesmo tenha condições de codificar plenamente seus dados.
- QUESTIONAMENTO: o *webQDA* disponibiliza um conjunto de ferramentas para fazer busca, cruzar e sintetizar na procura de padrões dos dados codificados e/ou ainda codificar em função de perguntas que o investigador possa fazer ao seu sistema codificado.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário do estudo (unidade caso) foi o CHC, órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná (UFPR), localizado no município de Curitiba/PR. É referência terciária de atendimento 100% SUS. Recentemente passou a ser denominado como Complexo Hospitalar, sendo gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) criada pelo governo federal para gerenciar os hospitais universitários. Trata-se de uma empresa pública e a adesão pela UFPR ocorreu em 30 de outubro de 2014.

O CHC possui organização institucional em formato de Unidades Funcionais, sendo cada uma delas responsáveis por serviços específicos. O Serviço Social por exemplo, pertence a Unidade Funcional denominada Unidade Multiprofissional (Unimult), a qual agrega também as seguintes profissões: Fonoaudiologia, Musicoterapia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Já a Maternidade do CHC, onde acontece o atendimento às pessoas vítimas de violência sexual conforme protocolo instituído, pertence a Unidade Materno-Infantil (UMI).

Neste cenário foi implantado o Centro de Atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, no ano de 1998, na maternidade do CHC. A idealização da criação de um local próprio para atendimento a esta demanda era de que a vítima pudesse receber atendimento multiprofissional tendo em vista a viabilidade de articulação dos profissionais presentes em um hospital universitário, com funcionamento 24 horas. (ANDRADE et al., 1999).

O serviço de atendimento a pessoas vítimas de violência sexual é ininterrupto, acontecendo 24 horas por dia. É organizado de forma a acolher de imediato as pessoas que procuram pelo atendimento. Assim, os funcionários são capacitados para encaminhar da melhor forma todos os que ali chegam por demanda de violência sexual. Isto significa na prática que desde a porta de entrada o encaminhamento é preciso, direcionando a situação de forma assertiva, evitando encaminhamentos errôneos. Por tratar-se de maternidade de alto risco, porta aberta, nem sempre os profissionais que realizam o primeiro atendimento estão prontamente disponíveis. No intuito de minimizar a exposição da pessoa a ser atendida, prioriza-se acolher de imediato em local reservado, evitando aguardar em ambiente comum aos demais usuários do serviço. Objetiva-se desta forma, evitar a exposição das pessoas vítimas

de violência sexual que procuram por atendimento, o qual é exaustivo, tendo em vista a situação em que as pessoas violentadas se encontram e o trâmite a ser seguido.

### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério para inclusão na etapa quantitativa da pesquisa, foram os casos de mulheres, acima de 18 anos, atendidas na maternidade do CHC em decorrência de gestação oriunda de crime de estupro, para solicitação do abortamento legal, no período de 2009 a 2015.

Para a 2ª etapa, qualitativa, o critério de inclusão foram os prontuários relacionados das mulheres selecionadas na 1ª etapa que entregaram o Termo de Relato Circunstanciado, independentemente de terem ou não realizado o procedimento.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR de acordo com a Resolução 466/2012 e Norma Operacional nº 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Foi resguardado o sigilo da pesquisa, sem nominação das mulheres das quais foram consultados os respectivos prontuários e banco de dados do Sinan, sendo solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A aprovação consta no Parecer de número: 1.474.539 (ANEXO 4).



## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA DA PESQUISA**

A presente pesquisa, propiciou a identificação dos casos de 100 mulheres que foram violentadas sexualmente e engravidaram em decorrência desta violência, no período de 2009 a 2015. Por meio da análise dos prontuários, identificou-se que nenhuma destas mulheres foi atendida no período proposto pelo protocolo de atendimento que é de 72 horas, portanto não realizando anticoncepção de emergência e as demais profilaxias preconizadas.

Para além do recorte da pesquisa, foram identificados e notificados 1.705 casos de violência sexual no período de 2009 a 2015, sendo que destes, 50 eram homens. Entre o ano de 2009, quando os dados de violência passaram a ser tabulados no Sinan e 2002, quando a Prefeitura Municipal de Curitiba instituiu o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, a média anual de casos foi de 132. Do ano de 2013 a 2015, a média anual de casos passou a 294.

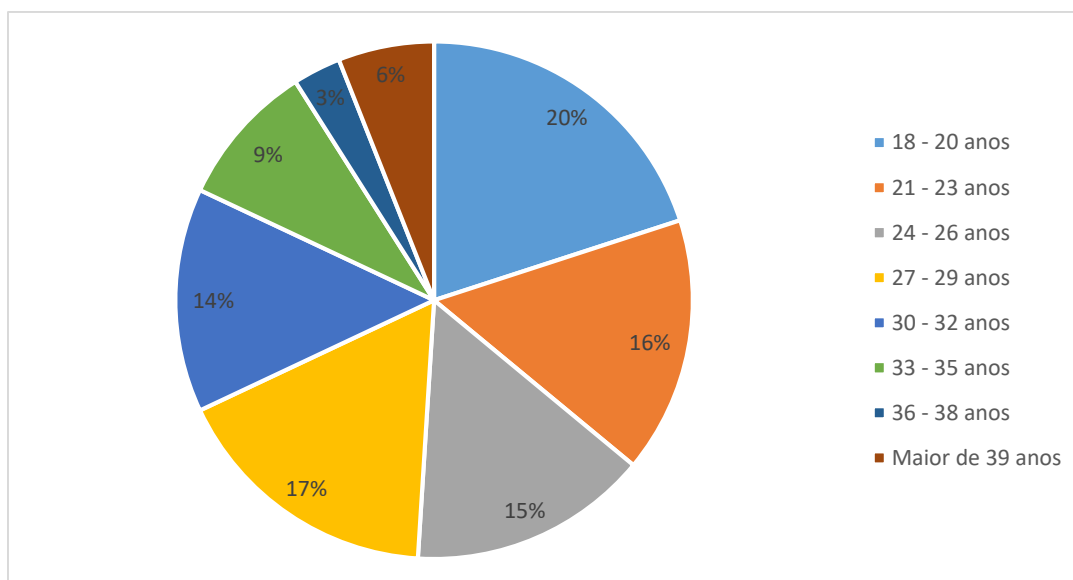
### **4.1 RESULTADOS DA ETAPA QUANTITATIVA DE PESQUISA**

Os resultados da 1ª etapa, conforme descrito anteriormente, partiram da análise de dados secundários provenientes do Sinan, os quais, utilizando-se de tabelas dinâmicas – TABWIN e análise estatística descritiva simples, permitiram uma leitura dos casos de violência sexual no que diz respeito ao perfil das 100 mulheres adultas que engravidaram em decorrência da violência, no período de 2009 a 2015, bem como das características da violência perpetrada. Desta forma, foi possível o conhecimento da realidade objetiva.

Os resultados desta etapa estão na forma de gráficos, apresentados a seguir.

No que se refere a faixa etária (Gráfico 1), os dados mostram que somente 9% das mulheres possuíam acima de 35 anos. As demais somaram juntas 91% abaixo desta idade, sendo 52% de 18 a 26 anos e 39% de 27 a 35 anos. Registra-se que 100% das mulheres foram violentadas em idade reprodutiva, a qual está situada, segundo a Organização Mundial da Saúde entre 15 e 49 anos. (OMS, 2011).

GRÁFICO 1 - FAIXA ETÁRIA DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.



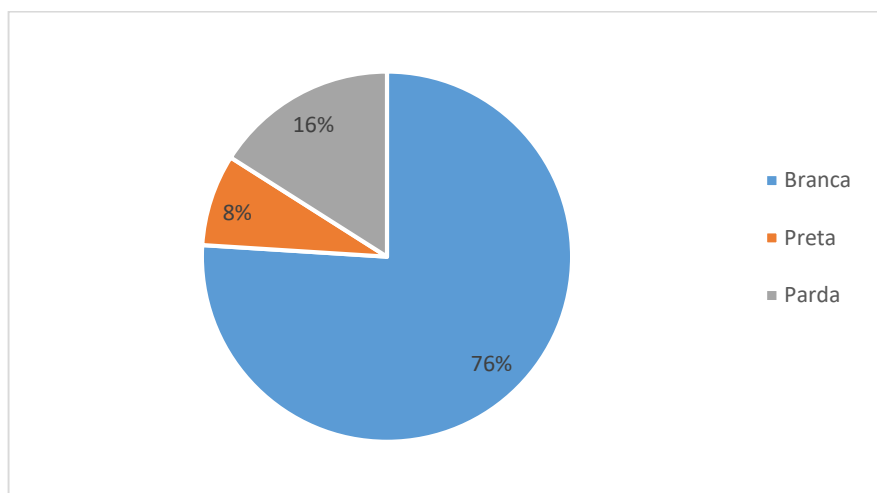
FONTE: A autora (2017).

Quanto à raça/cor (Gráfico 2), identificou-se que 76% das mulheres se declararam brancas, 16% pardas e 8% pretas. Cabe destacar que a raça/cor das mulheres é preenchida na FNI por meio de auto declaração, método utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A população feminina no Paraná, segundo o Censo de 2010 (IBGE) é de 5.313.532. Neste censo, a população brasileira foi estimada num total de 190.755.799, sendo a faixa etária dos 0 aos 70 anos ou mais. No que diz respeito às mulheres, a estimativa foi de 97.348.809. Deste universo, 47.399.158 se declararam brancas, 6.991.350 pretas e 41.415.469 pardas, além das que se declararam amarelas e indígenas que não apareceram no recorte desta pesquisa<sup>18</sup>. Também foram registradas 1.892 mulheres que não se declararam em relação a cor ou raça. (BRASIL, 2010).

<sup>18</sup> Devido a divisão por grupos de faixa etária, não foi possível identificar o total de mulheres na faixa etária de que se trata esta pesquisa, tanto a nível nacional quanto estadual.

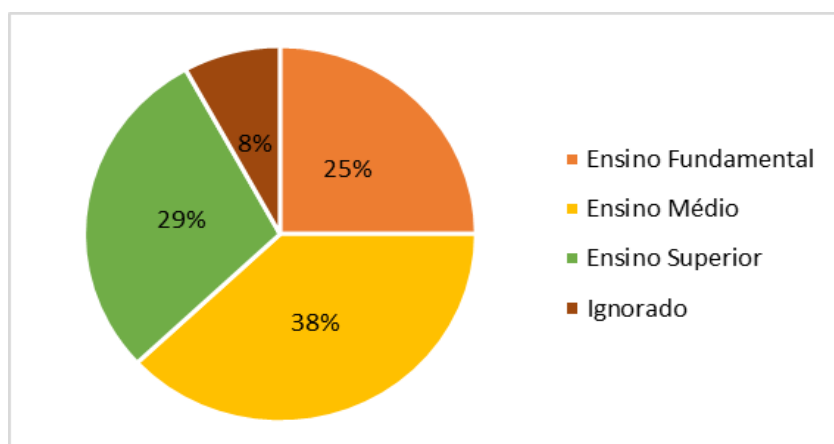
GRÁFICO 2 – RAÇA/COR DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.



FONTE: A autora (2017).

Verificou-se que 39% das mulheres declararam possuir ensino médio; seguido de 28% com ensino superior e 25% com ensino fundamental (Gráfico 3). O dado caracterizado como ignorado, totalizando 8% dos casos, se refere a falta de preenchimento pelo entrevistador. Cabe apontar que, após análise dos prontuários, não foi identificada nenhuma situação em que a mulher tenha se declarado analfabeta ou relatou qualquer dificuldade na realização do Termo de Relato Circunstanciado.

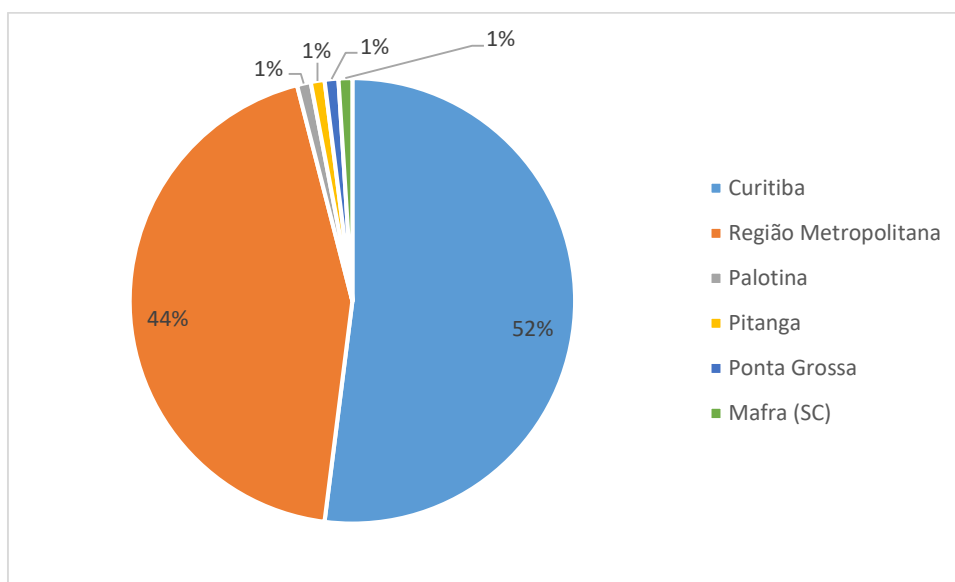
GRÁFICO 3 - ESCOLARIDADE DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.



FONTE: A autora (2017).

Quanto a origem de residência das mulheres que procuraram pelo atendimento de abortamento legal, identificou-se que 52% eram do município de Curitiba e 44% da Região Metropolitana (R.M.).<sup>19</sup> Somados os dados de Curitiba e R.M., tem-se o total de 96% dos casos procedentes de regiões próximas ao serviço de atendimento, pertencentes a 2ª Regional de Saúde. Os demais municípios paranaenses, 3% no total, pertencem por organização a 3ª e 5ª Regionais de Saúde, que corresponde aos municípios de Ponta Grossa e Pitanga e 20ª Regional de Saúde, município de Palotina.

GRÁFICO 4 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.

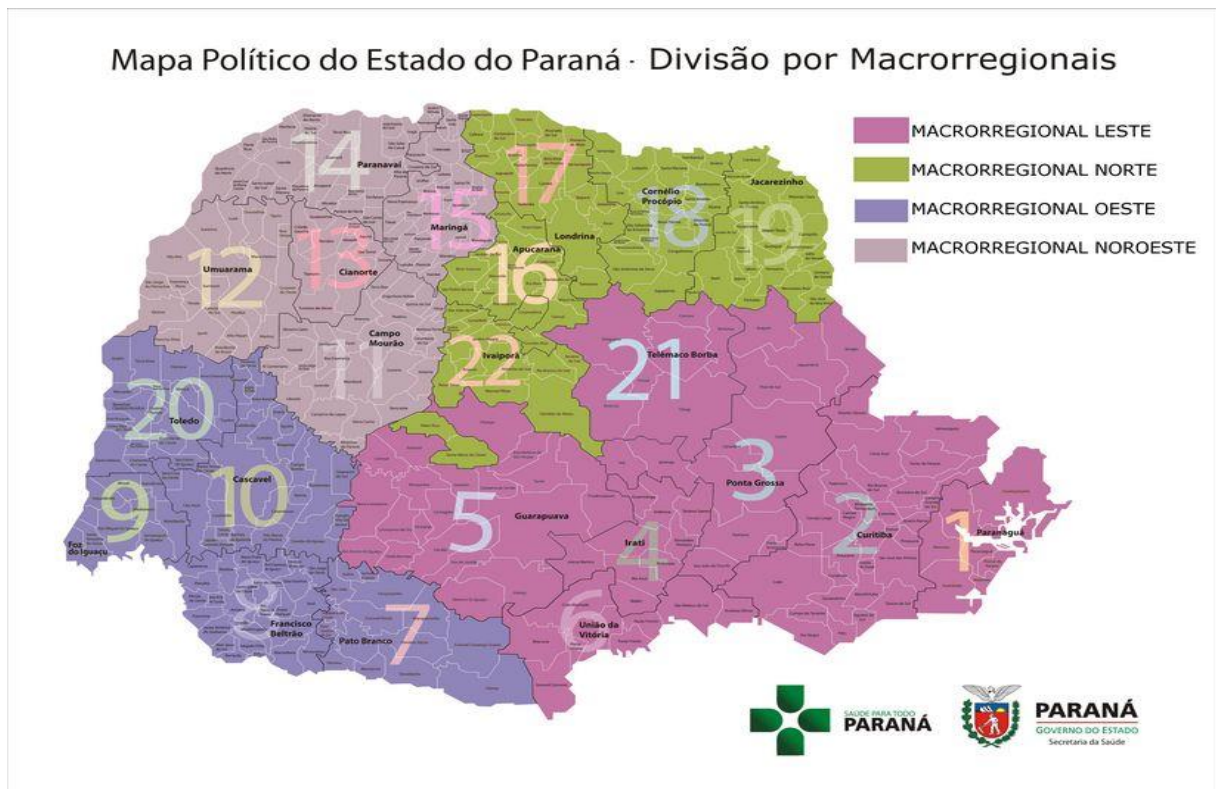


FONTE: A autora (2017).

As Regionais de Saúde identificadas como 2ª, 3ª e 5ª, pertencem a macrorregional leste. Já a 20ª Regional de Saúde a macrorregional oeste (Figura 6).

<sup>19</sup> De acordo com a Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba (COMEC) são 29 os municípios que a compõe. Destes, dez foram encontrados na pesquisa como sendo municípios de residência das participantes do estudo: Almirante Tamandaré, Araucária, Campo Largo, Colombo, Fazenda Rio Grande, Lapa, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras e São José dos Pinhais.

FIGURA 6 - DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS.

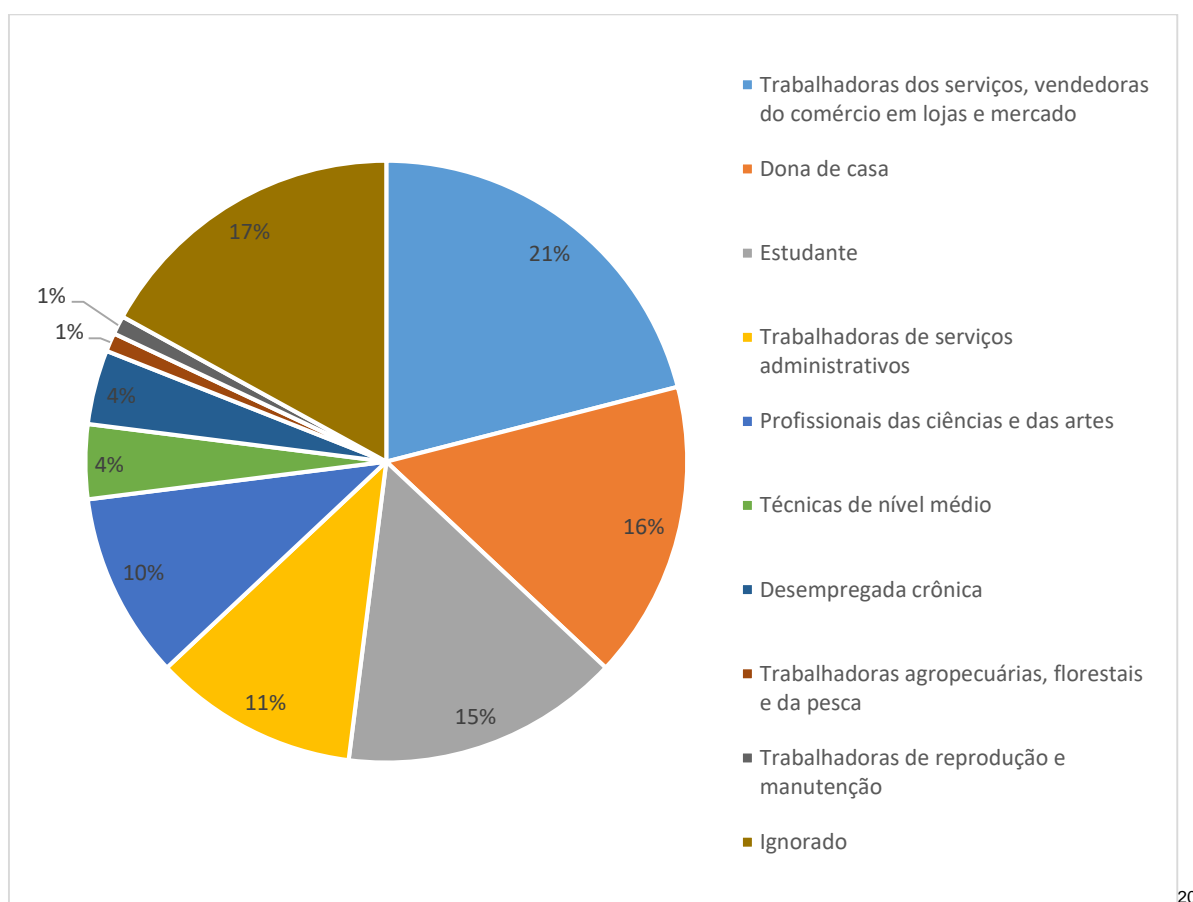


FONTE: Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (2017).

O município de Mafra está localizado no estado de Santa Catarina e faz divisa com o estado do Paraná.

Dentre ocupações declaradas pelas mulheres, foram encontradas atividades laborais diversificadas, além das classificadas como estudantes, desempregadas crônicas (ou cuja ocupação habitual não foi possível obter) e um grande percentual de informação ignorada, devido ao não preenchimento do campo da FNI. (Gráfico 5).

GRÁFICO 5 - OCUPAÇÃO DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.



FONTE: A autora (2017).

Devido ao número de atividades, estas foram agrupadas conforme a família ocupacional de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Dentro deste universo foram identificadas as seguintes ocupações apresentadas no Quadro 4.

<sup>20</sup> Atividades agrupadas conforme Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego (TEM) referente ao campo 34 da FNI.

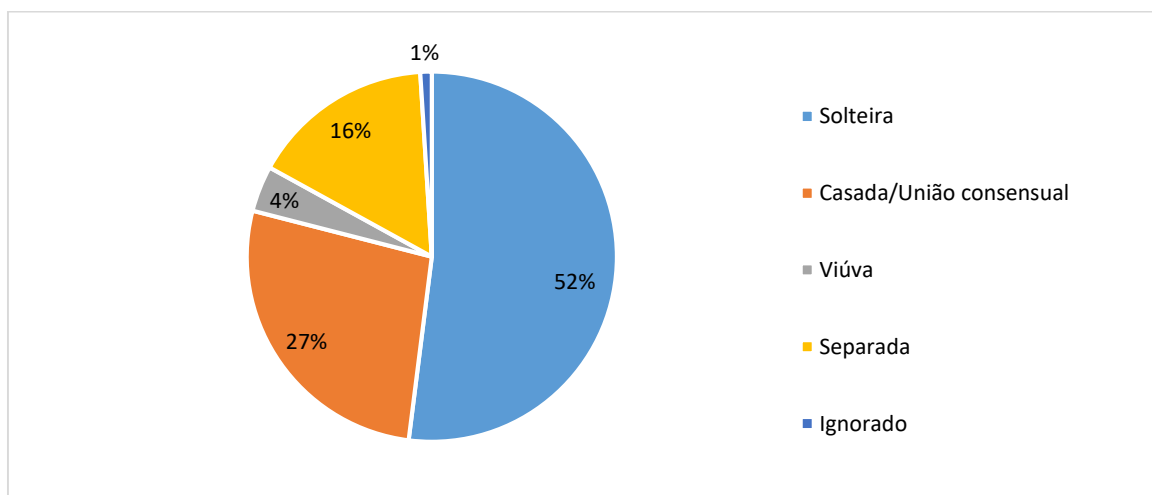
QUADRO 4 –FAMÍLIA OCUPACIONAL E RESPECTIVAS OCUPAÇÕES.

FAMÍLIA OCUPACIONAL	OCUPAÇÕES
Profissionais das Ciências e das Artes	Administradora, Médica Veterinária, Engenheira de Materiais, Arquitetas e Urbanistas, Produtora de Teatro/Artista, Profissional de Publicidade/ Jornalista.
Técnicos de Nível Médio	Técnico de Contabilidade, Auxiliar de Desenvolvimento Infantil, Auxiliar de Enfermagem, Contadora.
Trabalhadoras de Serviços Administrativos	Operadora de Caixa, Atendente Comercial, Caixa e Atendente de Banco, Operadora de Telemarketing.
Trabalhadoras dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados	Babá, Manicure, Cabelereira, Zeladora de Edifício, Garçonete, Cozinheira, Empregada Doméstica/Diarista, Empregada Doméstica Faxineira, Motorista de Táxi, Vendedora em Domicílio e Comércio Varejista.
Trabalhadoras Agropecuárias, Florestais e da Pesca	Trabalhadora Agropecuária em Geral.
Trabalhadoras de Reparação e Manutenção	Mecânica de Manutenção.

FONTE: A autora baseada nas informações do Classificação Brasileira de Ocupações. (2017).

Quanto ao estado civil, 52% declararam-se solteiras, 27% casadas e/ou com união consensual, 16% separadas, 4% viúvas e 1% informação ignorada por falta de preenchimento do campo.

GRÁFICO 6 - SITUAÇÃO CONJUGAL DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.

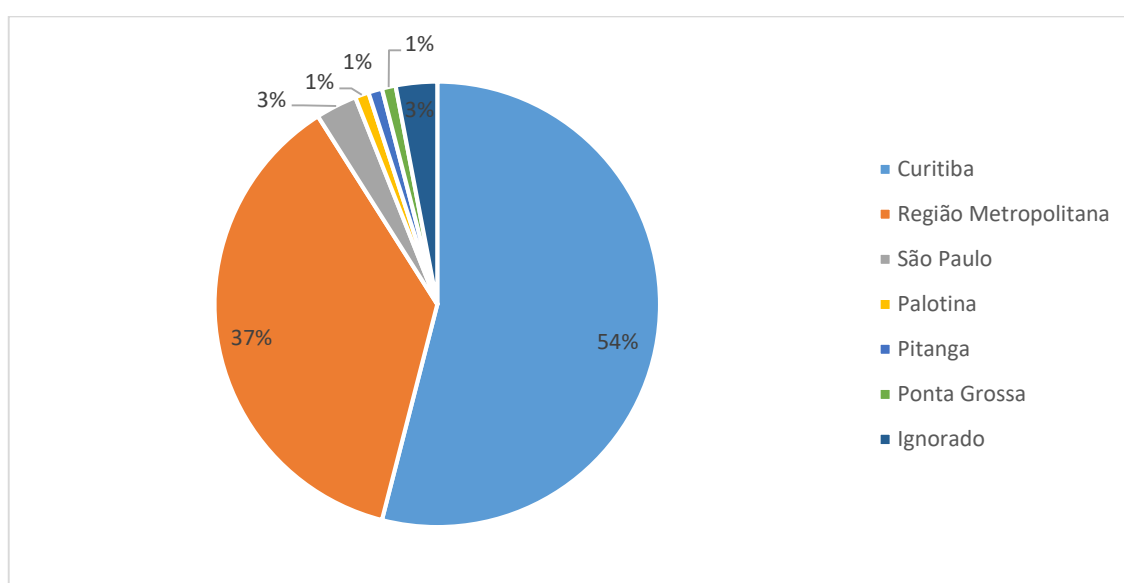


FONTE: A autora (2017).



Com relação ao município de ocorrência da violência, 54% destas ocorreram no município de Curitiba e 37% na Região Metropolitana (conforme definição da Comec apresentada na Tabela 4), sendo a ocorrência nos seguintes municípios: Almirante Tamandaré, Araucária, Campo Largo, Colombo, Fazenda Rio Grande, Lapa, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, São José dos Pinhais (Gráfico 7).

GRÁFICO 7 - MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.

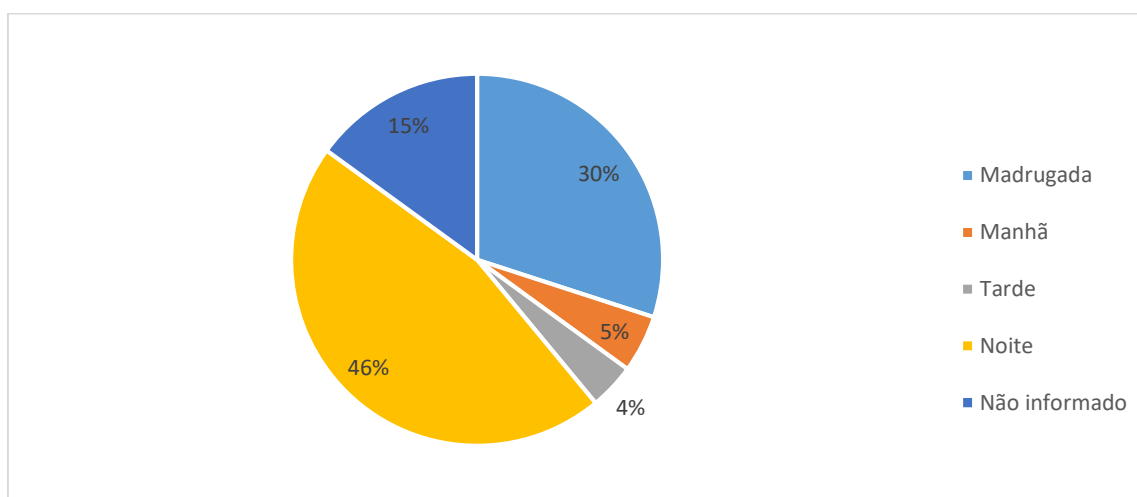


FONTE: A autora (2017).

Se comparados os dados do local da ocorrência com o local de residência das mulheres, a diferença percentual é pequena, sendo: maior a ocorrência no município de Curitiba - 54% se comparado a procedência das vítimas no mesmo município - 52%. Um pouco menor as ocorrências na RM – 37% para a procedência das mulheres da RM – 44%.

O horário<sup>21</sup> de maior número de ocorrências foi à noite (46%), seguido de 30% de madrugada, 5% pela manhã e 4% à tarde (Gráfico 8). Em 17% dos casos não houve preenchimento do campo no momento do atendimento, assim, foi considerado como ignorado.

GRÁFICO 8 - HORÁRIO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.



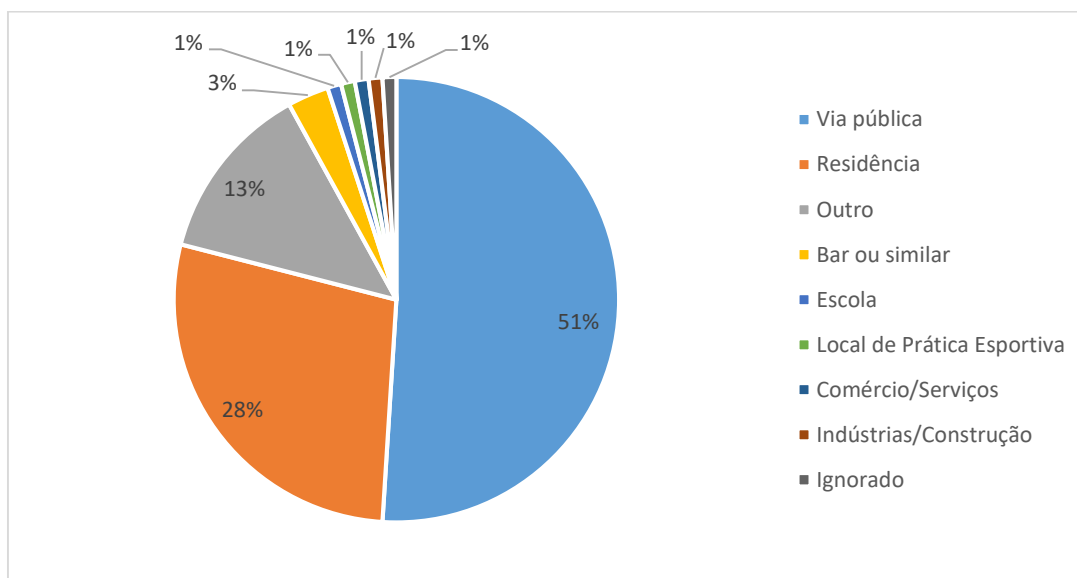
FONTE: A autora (2017).

No que diz respeito ao local da ocorrência (Gráfico 9), 51% ocorreram em via pública. Em 28% dos casos, a violência ocorreu na residência, que neste caso pode ser do agressor ou da própria vítima. A FNI não especifica em qual residência, cabendo ao entrevistador o questionamento e descrição, para além do preenchimento objetivo do campo. Bares ou similares somam 3% dos casos. Locais como escola, indústrias/construção, comércio/serviços, local de prática esportiva, aparecem com 1% cada. O percentual *outro* aparece na Ficha de Notificação com a opção de preenchimento pelo entrevistador, sem nomenclatura prévia, totalizando 13% dos casos nos seguintes locais: mato, motel, terreno baldio, chácara, casa de familiares e casa de ex-marido<sup>22</sup>. A informação ignorada apareceu em 1% dos casos.

<sup>21</sup> Os horários referentes à ocorrência, foram subdivididos em: madrugada – 00:00 às 05:59 horas, manhã – 06:00 às 11:59 horas, tarde – 12:00 às 17:59 horas, noite – 18:00 às 23:59 horas.

<sup>22</sup> Importante salientar que as informações casa de familiares e casa de ex-marido poderiam constar no campo residência. Porém, tratando-se de dados já tabulados, não coube a pesquisadora tal alteração, uma vez já digitado junto ao banco de dados do Sinan.

GRÁFICO 9 - LOCAL DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.



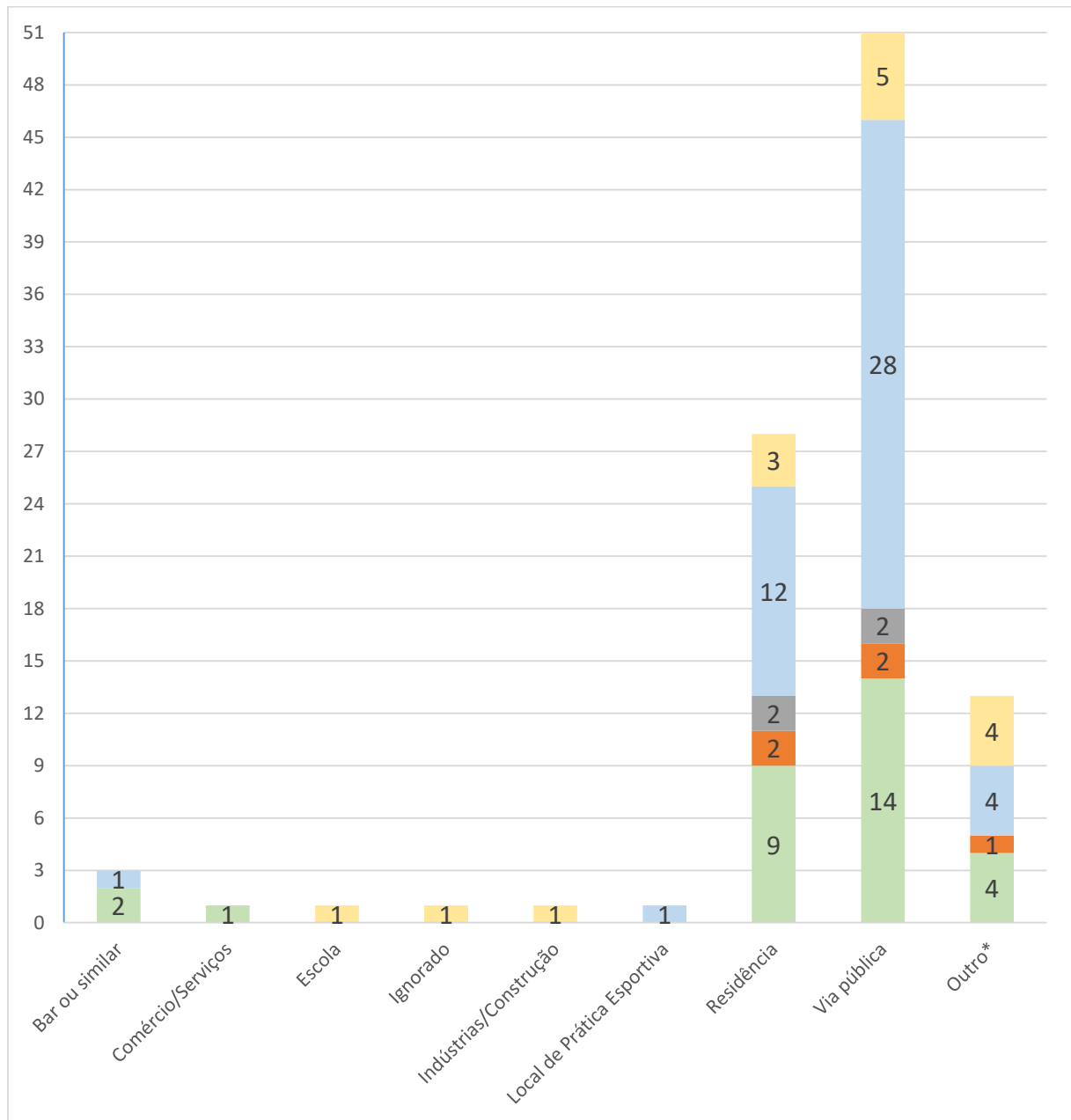
FONTE: A autora (2017).

No gráfico 10, é possível identificar os locais onde ocorreram as violências sexuais, correlacionadas com o horário e número de mulheres violentadas. Tais agravos aconteceram nos seguintes espaços e horários:

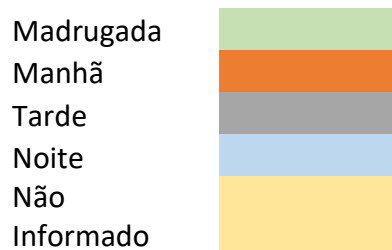
- Pela manhã: 2 agravos em residências, 2 em vias públicas e 1 registrado como outros (sem indicação de local);
- Pela tarde: 2 agravos em residências, 2 em vias públicas;
- À noite: 1 registro em bar ou similar, 1 em local de prática esportiva, 12 em residências, 28 em vias públicas e 4 registrados como outros;
- Na madrugada: 2 agravos em bares ou similares, 1 em comércio/serviços, 9 em residências, 14 em vias públicas e 4 registrados como outros.

Com relação aos não informados no que tange ao horário temos: 15 tendo como local da ocorrência escola, 1 com registro em indústria/construção, 3 em residências, 5 agravos em vias públicas, 4 registrados como outros e uma informação ignorada.

GRÁFICO 10 – LOCAL DE OCORRÊNCIA *VERSUS* HORÁRIO DE OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.

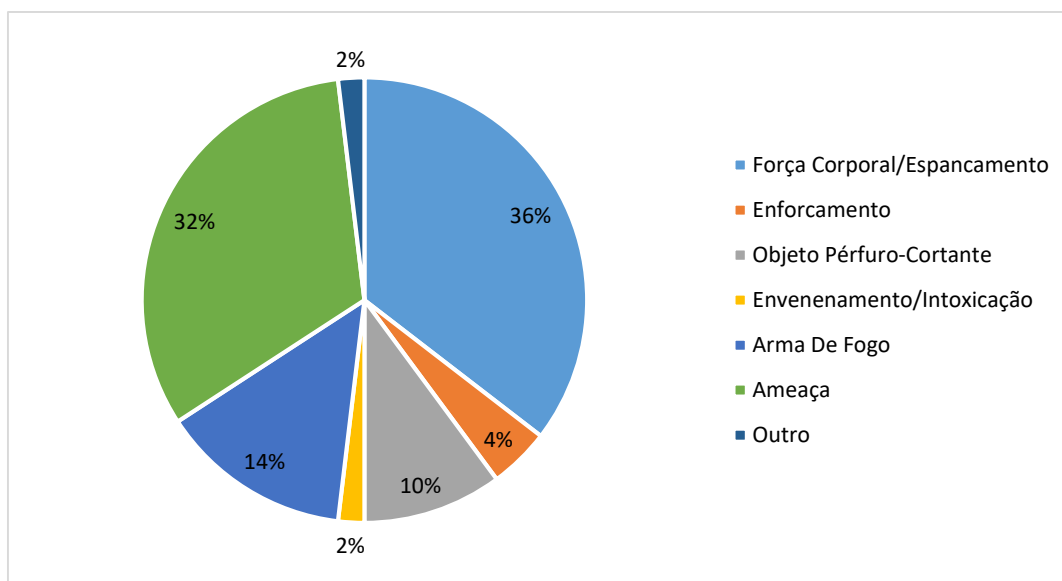


FONTE: A autora (2017).



No Gráfico 11 é possível verificar os meios de agressão. É válido ressaltar que todos eles submetem as mulheres à relação sexual não consentida, todavia a força corporal/espancamento (56%) e a ameaça (52%), são os meios com maiores percentuais, demonstrando assim, como o poder exercido pelos homens sobre as mulheres tem papel preponderante na relação de dominação.

GRÁFICO 11 - MEIO DE AGRESSÃO EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.



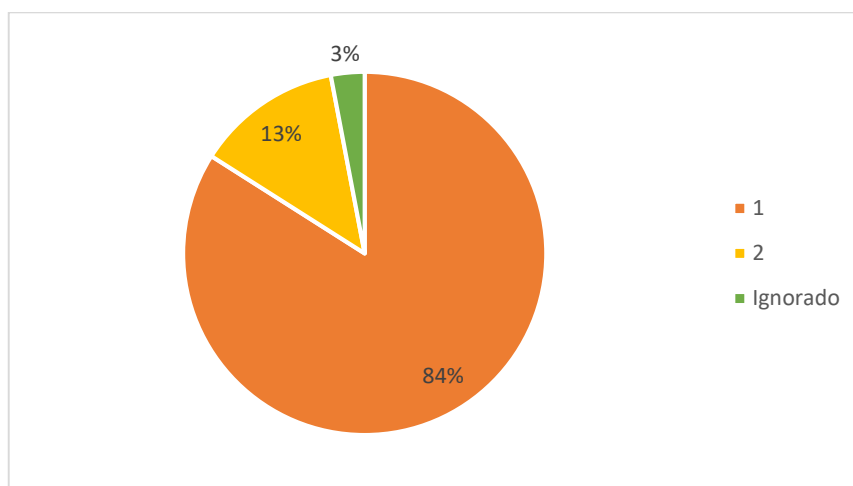
FONTE: A autora (2017).

Os meios de agressão não podem ser considerados isoladamente no universo pesquisado, uma vez que a mesma agressão pode ter acontecido com a utilização de mais de um meio, ou seja, há a possibilidade de preenchimento de vários campos na Ficha de Notificação. Isto se deve ao exercício simultâneo de múltiplas violências, como por exemplo: ameaça e arma de fogo, ou ainda, força corporal e enforcamento. Desta forma é uma informação subjetiva tendo em vista que o entrevistador pode considerar várias as formas de agressão perpetrada.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> É importante evidenciar que o meio de agressão denominado envenenamento/intoxicação, representa um valor pequeno comparado aos demais, porém é algo que se observa com muita frequência nos atendimentos realizados.

Com relação ao número de perpetradores da violência (Gráfico 12), 84% citou um agressor, 13% dois ou mais agressores e em 3% dos casos não houve preenchimento do campo. Destaca-se que a Ficha de Notificação permite o preenchimento da informação em apenas duas alternativas (um agressor e dois ou mais agressores), logo, ao assinalar dois ou mais agressores não é possível especificar com precisão por este instrumento quantos de fato participaram da violência.

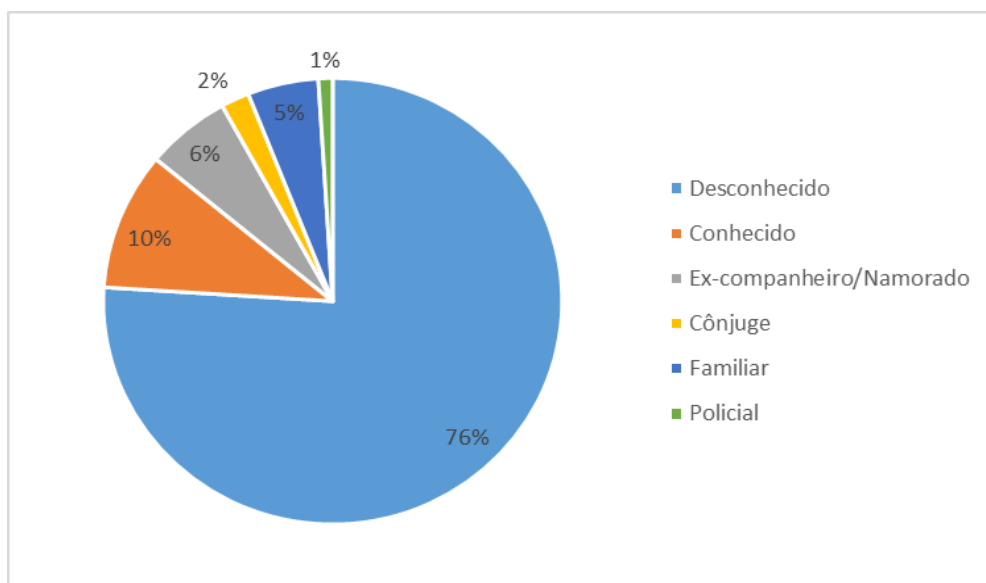
GRÁFICO 12 - NÚMERO DE ENVOLVIDOS NA VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.



FONTE: A autora (2017).

Diferente da violência crônica em que o agressor é conhecido da vítima, nos casos de violência sexual investigados apresentados no Gráfico 13, a grande maioria é de desconhecidos, somando 76% dos casos. Quanto aos agressores conhecidos, os mesmos totalizaram 10%. No âmbito familiar, o percentual cai para 5%, sendo citados seguintes agressores: tio, irmão, padrasto e primo. Isoladamente, ex-companheiros 6%, ex-namorado 2%, cônjuge 2% e policial 1%. Se somados aos conhecidos os familiares, cônjuges e ex-companheiros/namorados, o percentual sobe para 25%, bem abaixo ainda dos agressores desconhecidos.

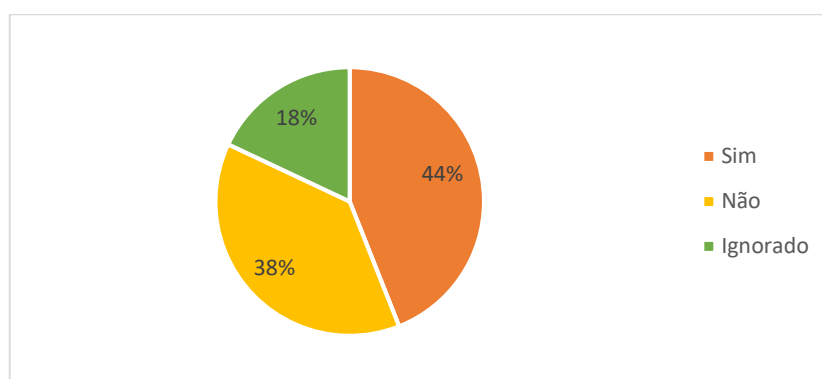
GRÁFICO 13 - RELAÇÃO DO AGRESSOR COM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.



FONTE: A autora (2017).

A suspeita de uso de álcool ou outra droga pelo agressor, é um dado referido pela mulher, por meio da percepção desta no momento da violência (Gráfico 14). O uso de álcool e drogas pode aumentar o risco do homem cometer estupro, conforme apresentado no Relatório Mundial de Saúde (2002), todavia o referido documento traz que este fator não pode ser considerado isoladamente, outros aspectos como sociais e culturais podem estar relacionados.

GRÁFICO 14 - SUSPEITA DE USO DE ÁLCOOL OU OUTRA DROGA PELO AGRESSOR DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 A 2015.

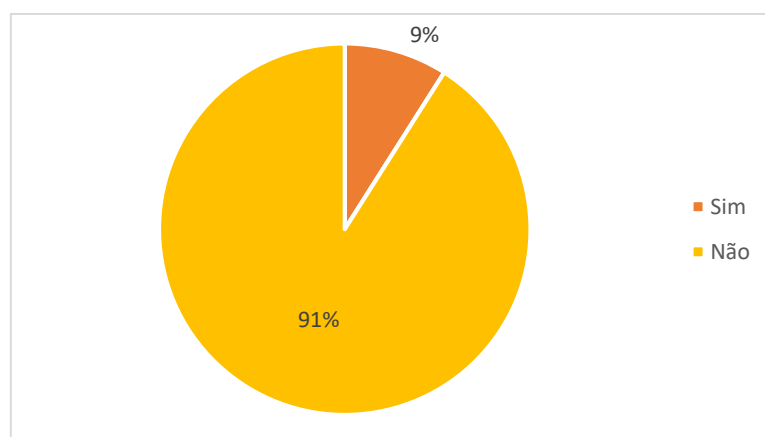


FONTE: A autora (2017).

O percentual de 18% registrado como ignorado, pode ser por falta de preenchimento do entrevistador ou pelo desconhecimento da mulher em conseguir afirmar se o agressor estava sob efeito de substâncias psicoativas.

Por fim, o Gráfico 15 demonstra que em 91% dos casos a violência sofrida não teve relação com acidente de trabalho<sup>24</sup>.

GRÁFICO 15 – VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO EM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR - 2009 a 2015.



FONTE: A autora (2017).

Todavia, ressalta-se que a falta de conhecimento por parte do entrevistador e da vítima de que percurso de trabalho é acidente de trabalho, pode ocultar tal informação.<sup>25</sup> Além da possibilidade de subnotificação dos casos caracterizados como acidente de trabalho para fins epidemiológicos, tal informação é fundamental no atendimento às vítimas de violência.

Quando caracterizado acidente de trabalho, a trabalhadora é orientada a proceder com a abertura do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), que, mesmo não gerando qualquer benefício imediato para a trabalhadora, viabiliza que conste em sua vida laboral o evento ocorrido. Para fins previdenciários é de extrema importância tal registro, tendo em vista que as sequelas da violência se manifestam a longo prazo.

<sup>24</sup> Entende-se por acidente de trabalho não somente o contexto, o local de trabalho em si, mas também ao deslocamento de ida e volta (INSS, 2016).

<sup>25</sup> Empiricamente por meio do relato das mulheres, muitas referem a ocorrência da violência sexual indo ou voltando do trabalho, desconhecendo o trajeto contemplado enquanto acidente do trabalho. Portanto, se não houver explicação adequada às mulheres atendidas, que ultrapasse a pergunta objetiva da FNI, ou ainda, se o entrevistador(a) desconhecer tal informação, esta realidade permanece oculta.



## **5 DISCUSSÃO**

A discussão apresentada a seguir, pautou-se na comparação com alguns estudos que apresentaram o perfil de mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual no Brasil. Foi possível identificar similaridades nos resultados, mesmo tendo havido diferenças quanto ao número de participantes, períodos distintos das pesquisas e metodologias diferenciadas. Conhecer a realidade objetiva das mulheres que solicitaram abortamento legal, foi o objetivo desta 1ª etapa da pesquisa.

### **5.1 DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA DA PESQUISA**

Os resultados obtidos permitiram elucidar o imaginário das pessoas no que diz respeito as situações de violência sexual. Apresenta a realidade objetiva das que buscaram tardiamente pelo atendimento de saúde, procurando por exercer um direito garantido por lei.

A análise dos dados na etapa quantitativa, evidenciou que a violência sexual é fortuita, ou seja, em sua grande maioria ocorreu em via pública, por desconhecidos. O horário da perpetração da violência, predominantemente à noite, entre 18 e 23:59 horas seguido da madrugada 00:00 às 05:59 horas, demonstra o quão é proibido a presença das mulheres nestes períodos, no sentido de estarem expostas a maior probabilidade de serem agredidas sexualmente. Importante observar que este extenso recorte com relação ao horário da violência, pode compreender atividades das mulheres correlacionadas ao lazer, estudo, trabalho entre outros. A idade produtiva das mulheres violentadas também acentua o caráter da violência de gênero, uma vez que, não diferentemente dos homens, encontram-se inseridas em um contexto social no qual buscam por trabalhar, estudar ou se divertir.

Interessante observar que, estudos que apresentam o perfil de mulheres vítimas de violência e de seus agressores, apesar de apresentarem uma diferença significativa do tempo decorrido da pesquisa, trazem informações semelhantes.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, em um serviço de referência no município de São Paulo, entrevistou 20 mulheres vítimas de violência sexual, cuja idade variou entre 18 e 44 anos, 65% eram solteiras, 60% brancas, 65% referiram possuir ocupação e 55% possuíam ensino médio completo. (BRASIL, 2008).

Outro estudo realizado em um Hospital Universitário de Campinas-SP apresentou resultados de dez entrevistas com mulheres acima de 18 anos que haviam realizado o abortamento legal em um período de 1 – 5 anos. A idade das mulheres variou de 18 a 38 anos, 99% possuíam ensino médio completo, 50% eram solteiras e 80% destas foram violentadas por agressor desconhecido, no que o autor da pesquisa denominou como violência sexual urbana. (MACHADO et al, 2015).

O estudo de Madeiro e Diniz (2016) avaliou 68 instituições que realizam aborto legal no país, apresentando resultados do perfil de 1.283 mulheres, com informações coletadas de prontuários. O diferencial deste estudo para os demais, é que foram coletados também dados de adolescentes. De qualquer forma, os percentuais apresentados são semelhantes, sendo: faixa etária de 15 a 29 anos 62%, 71% solteiras, 37% com ensino médio.

A presente pesquisa, realizada no CHC, em comparação com as anteriormente apresentadas, identificou que dos anos de 2009 a 2015, o perfil das mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual e que buscaram pelo abortamento legal, permaneceu o mesmo, demonstrando desta forma o perfil desta tipologia de violência.

Um dos objetivos deste estudo, referente a primeira etapa da pesquisa, foi o de conhecer a realidade objetiva das mulheres que buscaram pelo abortamento legal. Observou-se com os resultados, a inexistência de uma conformidade com relação a um suposto estereótipo de mulheres violentadas sexualmente. O que pode se expandir no imaginário de parte da população quanto as condições, aos contextos da ocorrência dos crimes de estupro, não possuem de fato um sentido racional. Isto porque, na verdade, é o imaginário das pessoas que se encontra ainda arreigado de conceitos patriarcais, machistas, que mesmo inconscientemente culpabilizam as mulheres pela violência sexual cometida contra elas mesmas. Significa pensar que algumas mulheres são violentadas por conta de sua conduta, ou seja, suas roupas, suas atividades, exposição destas em determinados horários. Desta forma, pode-se incorrer no erro de imaginar que algumas mulheres não correm o risco de serem estupradas, aquelas que exercem papéis condizentes com comportamentos aceitáveis.

Tal afirmação pode ser constatada na pesquisa realizada pelo Ipea (2014), aplicada em municípios metropolitanos e não-metropolitanos das cinco grandes regiões do país, com uma amostra de 3.810 indivíduos de ambos os sexos.

Apresentou dados alarmantes, que subsidiam às afirmações descritas no parágrafo anterior, no que diz respeito à violência sexual contra mulheres. Diante a afirmação: “Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas”, 58,4% discordaram totalmente, contra 13,2% que concordaram totalmente. Os demais percentuais de opiniões: 11,6% discordam parcialmente, 12,8% concordaram parcialmente e 3,4% contabilizados como neutros. Somados os que não discordaram totalmente, tem-se um universo de 41% de opiniões que, totalmente ou parcialmente acreditam que as mulheres merecem ser atacadas devido as roupas que estão vestindo, incluindo aqueles caracterizados como nulos. (BRASIL, 2014).

A colocação de outra afirmação, na mesma pesquisa, foi a seguinte: “Se as mulheres soubessem se comportar, haveria menos estupros.” 30,3% discordaram totalmente, contra 35,3% que concordaram totalmente. 7,6% discordaram parcialmente, 23,2% concordaram parcialmente e 2,6% neutros. Da mesma forma, se somados os percentuais daqueles que não discordaram totalmente, tem-se um total de 68,7% de pessoas que concorda em partes ou totalmente que a culpa é das mulheres em não saberem se comportar.

Mas o que é afinal saber se comportar no universo feminino, senão os conceitos enraizados culturalmente do que é ser mulher e o que é ser homem? Interessante observar que quando se faz referência ao “saber se comportar” não é necessário enumerar situações a respeito, automaticamente muitos homens e mulheres, teorizam padrões de comportamento relativos às mulheres.

Pesquisa realizada por Machado (2016), no final dos anos 1990 junto a homens encarcerados pelo crime de estupro, objetivou compreender o imaginário destes agressores, por meio de entrevistas. A conclusão foi a de que o estupro só era visto como crime, por tais agressores, quando havia a violação de relações familiares, nas quais as mulheres violadas eram tidas como posse de outros homens, como irmãs, esposas, filhas e demais mulheres com status de honestas. Os agressores não avaliaram como crime a violência cometida em mulheres denominadas com disponíveis, afirmando que estas mulheres provocavam, consentiam, fazendo referência inclusive quanto a lugares e horários em que mulheres de família não estariam. (MACHADO, 2016, p. 21).

Não há, portanto, como desconsiderar as questões de gênero que permeiam tais relações. Como apresentado nesta pesquisa, mulheres em idade produtiva, solteiras, em sua grande maioria trabalhadoras, são atacadas em via pública por

desconhecidos. Comportamentos, horário, roupas, não deveriam de forma alguma permear a justificativa para os crimes de estupro, culpabilizando não somente as mulheres que foram violentadas, mas todas as mulheres da sociedade, uma vez que nenhuma está livre, na realização de atividades cotidianas, de encontrar um agressor sexual.

Chamam a atenção também, os meios de agressão utilizados, destacando-se que em 35,4% dos casos utilizou-se de força corporal/espancamento, seguido de 32,3% de ameaça, lembrando que estes percentuais não podem ser considerados isoladamente, devido ao exercício simultâneo de múltiplas violências. Tais meios demonstram o poder dos agressores em submeter as mulheres à violência sexual, sem necessariamente dispor de armas para tanto. Para Foucault as relações de poder são intencionais e a tentativa de analisar os mecanismos de poder, se dá justamente na correlação de forças. (FOUCAULT, 1988, p. 107).

Conhecer portanto, a realidade objetiva dos casos de violência sexual contra mulheres que solicitaram abortamento legal, não pode estar desvinculado das relações de gênero. Há que se extrapolar o senso-comum de que algumas mulheres estão mais propensas a sofrer violência sexual que outras. A discussão deve perpassar pelo comportamento machista da sociedade como um todo. Nenhuma mulher merece ser estuprada, esta é a grande questão. Partir deste princípio é compreender o fenômeno em seu contexto, em sua historicidade, nas relações de subordinação a que as mulheres foram e são submetidas. A subordinação a violência em que as mulheres estão cotidianamente expostas, demonstra o grande abismo de desigualdades entre homens e mulheres.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA DA PESQUISA

Optou-se em apresentar os resultados e a discussão da etapa qualitativa deste estudo, para maior visibilidade ao meio de análise de dados utilizado (webQDA), bem como devido à escassez de artigos que dialoguem com a temática numa perspectiva de qualidade de discursos.

A segunda etapa da pesquisa, cujo objetivo foi reconhecer os discursos expressos das mulheres que solicitaram abortamento legal do período de 2009 a 2015, ocorreu por meio de consulta aos prontuários, visto que tais relatos, uma vez entregues, permanecem arquivados nestes. Desta forma, identificou-se que dos 100 casos, 25 não se tratavam de solicitação de interrupção de gestação. Em consulta a FNI que permanece arquivada no prontuário, foi possível verificar que se tratavam de mulheres que foram violentadas sexualmente já grávidas. Tal constatação só foi possível em consultas aos prontuários, tendo em vista que, na 1ª etapa da pesquisa, o critério de seleção dos dados foi a ocorrência de violência sexual em mulheres com menção de gestação no campo de identificação do paciente. Justifica-se que tal critério foi utilizado devida a impossibilidade de identificação junto ao Sinan, dos casos específicos interrupção de gestação e/ou de solicitação de interrupção de gestação.

A FNI sofreu alterações no decorrer do tempo (ANEXO 5). A versão utilizada a partir de 2015, possui em seu campo 59: Procedimento realizado, a informação do aborto previsto em lei, entre outras opções. Já nas versões anteriores, tal questão não era abordada.

Dentre os 25 casos que não se tratavam de gestação oriunda de violência sexual, três não possuíam quaisquer informações nos respectivos prontuários e/ou FNI sobre gestação, podendo, portanto, ser atribuída tal informação a erros de digitação. Desta forma, restaram 75 casos referentes a gestações provenientes de violência sexual, conforme apresentado no Quadro 5.

QUADRO 5 - PRONTUÁRIOS CONSULTADOS DE MULHERES QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.

SOLICITARAM ABORTO LEGAL	VIOLÊNCIA SEXUAL EM GESTANTES	VIOLÊNCIA SEXUAL SEM INFORMAÇÃO DE GESTAÇÃO	TOTAL
75	22	3	100

FONTE: A autora (2017).

Nos 75 prontuários consultados, foi possível identificar a procura efetiva pelo abortamento legal. No entanto, somente em 58 destes foram encontrados os Termos de Relato Circunstanciado. Nos demais, 17 no total, buscou-se nos prontuários possíveis justificativas para não entrega de tal documento, conforme apresentado no Quadro 6.

QUADRO 6 – JUSTIFICATIVAS DA NÃO ENTREGA DO TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO POR MULHERES QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.

SOLICITARAM ABORTO LEGAL	ENTREGARAM TRC	NÃO ENTREGARAM TRC	JUSTIFICATIVA DAS MULHERES	
75	58	17	5	DESISTIRAM
			4	IDADE GESTACIONAL AVANÇADA <sup>26</sup>
			3	ABORTO RETIDO E/OU ESPONTÂNEO
			1	GESTAÇÃO DO MARIDO
			1	OPTOU DEIXAR PARA ADOÇÃO
			3	MOTIVO IGNORADO

FONTE: A autora (2017).

<sup>26</sup> A idade gestacional avançada, pode significar a recusa pela realização do procedimento. Tal informação é prestada as mulheres no primeiro atendimento, todavia procede-se normalmente com o encaminhamento das solicitações de abortamento legal.

Desta forma, foram encontrados 58 Termos de Relato Circunstanciado, referentes às solicitações de abortamento legal. Conforme descrito no item 3.1.2 (p.54), o *software* webQDA é composto de três partes dinâmicas, as quais foram utilizadas da seguinte forma:

**FONTE:** foram digitados os conteúdos dos Termos de Relatos Circunstanciados encontrados nos prontuários;

**CODIFICAÇÕES:** permitiu a exclusão de palavras que fazem parte de um contexto geral, mas que poderiam ser retiradas para melhor identificar aquelas que de fato seriam mais significativas para a discussão. Foram, portanto, retirados pronomes como por exemplo: que, não, ele, etc. Assim foi possível focar nas palavras mais significativas para a discussão da temática;

**QUESTIONAMENTO:** nesta etapa utilizou-se da ferramenta Palavras Mais Frequentes, no intuito de identificar quais eram as palavras que mais apareciam nos diversificados relatos. Nesta etapa foi possível optar pela Dimensão Mínima de caracteres e quantidade de palavras. Optou-se por palavras com no mínimo quatro caracteres e total de 20 palavras. A partir deste filtro, o webQDA forneceu um quadro de palavras, a quantidade em que estas se repetem nos TRC e o número de caracteres destas.

Para além das palavras retiradas na etapa das codificações, uma vez elaborada a lista, foram identificadas as palavras mais frequentes e que possuíam o mesmo significado, optando por deixar a que mais aparecia quantitativamente, excluindo-se as demais, como foi o caso das palavras boletim de ocorrência, que possui significado único mas é contabilizada separadamente pelo *software*. Demais sinônimos como criança e bebê, por exemplo, seguiram a mesma lógica.

A partir do referido quadro o webQDA viabilizou uma nuvem de palavras, a qual propicia visualmente a percepção das palavras mais frequentes que aparecem em maior destaque, sendo gradativamente menos destacadas as que foram encontradas em menor número, conforme observado na sequência.

FIGURA 7 - PALAVRAS MAIS FREQUENTES CONTIDAS NOS RELATOS DE MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.

ABORTAMENTO LEGAL: ESTUDO DE CASO NUM  
HOSPITAL PÚBLICO DO SUL DO PAÍS



Emitido por Maria Nolasco

Nuvem 2

Palavra	Repetição	Carateres
CARRO	51	5
GRAVIDEZ	43	8
MEDO	41	4
ABORTO	37	6
VIDA	31	4
HOSPITAL	30	8
DEUS	29	4
HOMEM	29	5
CRIANÇA	21	7
NINGUÉM	21	7
DESESPERO	17	9
MENSTRUACÃO	17	11
VIOLÊNCIA	17	9
EXAMES	16	6
VERGONHA	16	8
ESTUPRO	15	7
NOITE	15	5
POLÍCIA	15	7
ALGUÉM	13	6
BOLETIM	13	7



FIGURA 8: NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: webQDA (2017).

Após a identificação das palavras, foram escolhidas algumas frases nos TRC que possibilitassem a referência a estas, salientando-se que tais escolhas feitas pela autora foram uma opção de amostragem intencional, tendo em vista selecionar frases que reproduziam de forma mais significativa a palavra selecionada.

A palavra “carro” foi a que mais se repetiu em todos os TRC, mais de uma vez em alguns deles, possuindo relação direta com a violência sexual, identificando-se 19 casos especificamente. A presença de veículo nos relatos, apareceu em diversificadas situações. Por esta razão, diferentemente das demais palavras, estão separadamente identificadas no Quadro 7, no intuito de demonstrar em que condições foram relatadas.

QUADRO 7: SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL ENVOLVENDO VEÍCULOS, OCORRIDAS COM MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.

Mulheres abordadas em via pública por agressor de carro	[...] eu estava distraída, com um fone de ouvido e percebi que havia parado um carro logo atrás de mim... o indivíduo me abordou pegando no meu braço esquerdo já pedindo para mim não olhar para ele e nem gritar e colocou uma faca abaixo de minha costela e me levou de frente para o matagal. (RC 18).
Mulheres que estavam em seus próprios veículos	[...] dois homens me ofereceram ajuda devido o meu carro ter parado de funcionar, não deu tempo de mais nada, cometeram os dois o ato na vagina e no ânus, eram pessoas desconhecidas [...] (RC 56).
Mulheres que aceitaram carona de conhecidos	[...] um dos colegas ofereceu carona, disse que já ia levar outras pessoas em seu carro, aproveitava e me levava, ele já havia levado outras vezes e sabia onde eu morava, não senti uma ameaça ali [...] (RC 49).
Término de namoro no veículo do namorado	[...] no carro, disse a ele q não queria mais ficar com ele, foi quando entrou em uma rua e perguntou, como assim, você tá louca? [...] tentei sair do carro mas não pude, e nem consegui, não tive forças ele segurou meu cabelo com força e subiu em cima de mim tirando minha roupa e me violentando ali mesmo [...] (RC14).

FONTE: A autora (2017).

QUADRO 8: FRASES COM PALAVRAS MAIS FREQUENTES ENCONTRADAS NOS TERMOS DE RELATOS CIRCUNSTANCIADOS DAS MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.

continua

GRAVIDEZ	[...] e agora não consigo levar adiante esta gravidez pois não consigo aceitar e nem olhar como uma gravidez [...] (RC 21).
MEDO	[...] depois do acontecido fiquei com muito medo e sem saber que atitude tomar [...] (RC 25).
ABORTO	[...] firmo, uma vez mais o meu desejo urgente, de seguir com o aborto legal [...] (RC 54).
VIDA	[...] estou fazendo este relato no intuito de interromper esse desastre na minha vida, visto que é vindo de uma situação totalmente indesejada e estúpida, violenta [...] (RC 7).
HOSPITAL	[...] tomei a pílula mas não adiantou, se eu soubesse teria ido no hospital [...] (RC 3).
DEUS	[...] fiquei totalmente descontrolada comecei a gritar e pedir pelo amor de Deus pra ele parar [...] (RC 4).
HOMEM	[...] me deparei com um homem vindo no sentido contrário do meu [...] (RC 37).

QUADRO 8: FRASES COM PALAVRAS MAIS FREQUENTES ENCONTRADAS NOS TERMOS DE RELATOS CIRCUNSTANCIADOS DAS MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.

continua

CRIANÇA	[...] quero tirar essa criança eu não aguento mais esse pesadelo que está em mim [...] (RC 52).
NINGUÉM	[...] não relatei o fato a ninguém, acreditei que superaria com o tempo [...] (RC 41).
DESESPERO	[...] entrei em desespero, só queria colocar uma pedra sobre esse fato e fingir que nada aconteceu, mas a gestação era um fardo demais para carregar [...] (RC 12).
MENSTRUACÃO	[...] quando minha menstruação atrasou fiz 3 exames de farmácia e todos deram positivo [...] (RC 36).
VIOLÊNCIA	[...] filhos são fruto de amor e não de violência [...] (RC 55).
EXAMES	[...] comecei a fazer exames porque não parava de passar mal e a sentir dores para ir ao banheiro [...] (RC 19).
VERGONHA	[...] sentia vergonha e medo, de contar e tudo tomar uma dimensão maior [...] (RC 43).

QUADRO 8: FRASES COM PALAVRAS MAIS FREQUENTES ENCONTRADAS NOS TERMOS DE RELATOS CIRCUNSTANCIADOS DAS MULHERES ACIMA DE 18 ANOS QUE SOLICITARAM ABORTAMENTO LEGAL NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR – 2009 A 2015.

	conclusão
ESTUPRO	[...] meu desejo de interromper minha gestação, sendo esta, fruto de estupro [...] (RC 54).
NOITE	[...] na noite, voltando da igreja, fui abordada por um homem desconhecido [...] (RC 51).
POLÍCIA	[...] falava no meu ouvido, chama a polícia agora, quero ver você ter coragem de chamar [...] (RC 48).
ALGUÉM	[...] se você me denunciar ou contar para alguém o que eu fiz com você, eu volto aqui e mato você e seus filhos [...] (RC 27).
BOLETIM	[...] resolvi pedir ajuda no centro de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica [...] fui orientada a fazer o boletim de ocorrência e em seguida fui encaminhada ao HC [...] (RC 10).

FONTE: A autora. (2017).

As palavras em comum mais citadas nos relatos, remetem a pensar quantas características similares possuem as situações de violência sexual, apesar das diversificadas histórias. São mulheres que não se conhecem, em contextos diversos, violentadas por variados agressores. Além da violência possuir, portanto, uma caracterização, na verdade o que se encontra por detrás de todos estes contextos são as relações de poder de homens, neste caso agressores, para com as mulheres.

Sentimentos como “medo”, “desespero”, “vergonha”, são frequentemente relatados. Referências desesperadas com relação a “vida”, a “Deus”, podem

demonstrar a grande angústia destas mulheres frente a gravidez decorrente de um estupro. As expressões “ninguém” e “alguém”, também possuem relação com tais sentimentos, uma vez que a referência a ninguém, significou a opção das mulheres em não dividir suas histórias, enquanto alguém, possui relação direta com ameaças dos agressores para que não contassem sobre o ocorrido.

Uma vez não procurado, por diversas razões, o atendimento de saúde logo após a violência sexual, as mulheres acreditam que irão superar o ocorrido, que irão esquecer o trauma sofrido. Todavia, diante uma gestação indesejada, o que se pretendia deixar para trás, ressurge enquanto consequência ainda da violência. O desejo de interromper a gestação passa a ser eminente.

Estudo realizado com dez mulheres de 18 a 38 anos, que buscaram pelo acesso de interromper legalmente suas gestações decorrentes de estupro, aponta que estas relataram que a violência sexual foi tão impactante, afetando suas condições de buscar ajuda. Afirmaram ainda que não revelando o acontecido, fariam que o evento fosse esquecido (MACHADO et al, 2015). Neste mesmo estudo, tais mulheres desconheciam os serviços de atendimento para violência sexual, bem como a importância com a saúde após o ocorrido. A procura por atendimento de saúde, ocorreu a partir do atraso menstrual, associado a sintomas físicos, afirmando que somente neste momento descobriram o direito legal de interromper a gestação.

No caso desta pesquisa, foram identificados nos relatos de 17 mulheres, referência ao direito previsto em lei de interromper a gestação, colocando-se enquanto protagonistas de tal solicitação que na verdade seria o acesso ao seu direito.

Segundo Machado (2016), em pesquisa realizada junto a homens encarcerados pelo crime de estupro, aponta que não é somente uma questão sexual, mas envolve o fato de sentir-se poderoso, de humilhar a mulher, da posse sobre outra pessoa. Ainda nesta mesma pesquisa, alguns agressores não compreendem como crime se a mulher estava sozinha à noite, colocando a mulher como disponível, acessível ao desejo daquele homem. Ainda nesta pesquisa, a autora referenda a dificuldade das mulheres em levar adiante denúncias de estupro, isto devida à atribuição da vergonha que recai sobre a mulher, tão presente em nossa cultura.

Apesar de não ser obrigatória a realização do Boletim de Ocorrência, o protocolo de atendimento sugere a orientação para a realização da denúncia, na abordagem com as mulheres quando da solicitação do abortamento. Todavia, não pode ser considerado enquanto exigência para a realização do procedimento. Tal

instrumento é o primeiro passo para a criminalização do agressor, mas não é o único, sendo necessária a representação no momento da realização do B.O. ou no prazo de seis meses. Segundo Prata (2016), defensora pública do Estado de São Paulo, o desestímulo por profissionais em algumas delegacias para que a representação de fato aconteça associado a outros fatores, podem estar associados ao baixo número de casos levados a instância judicial. A falta de acolhimento e questionamentos quanto ao comportamento das mulheres agredidas, reforça a cultura da culpabilização das mulheres, representada por profissionais que prestam o atendimento.

Haja vista a pesquisa realizada pelo Ipea (BRASIL, 2014), as mulheres são responsabilizadas perante a sociedade, por meio de comportamentos inadequados, pelo estupro que sofreram. (MACHADO et al, 2015).

De acordo com Cerqueira (2015), diretor do Ipea, a discussão sobre a violência sexual é necessária, para que as vítimas não se sintam culpadas, viabilizando a procura pelas autoridades. Tal afirmação surgiu frente a carência de dados para formulação de políticas públicas referentes a violência sexual.

Não somente na sociedade brasileira mulheres são as mais afetadas pela violência sexual. Inquérito realizado nos Estados Unidos pelo Departamento de Justiça, entre os anos de 2010 a 2014, apontam que, a partir do ano de 1998, 17,7 milhões de mulheres americanas foram vítimas de estupro, contra 2,78 milhões de homens violentados sexualmente no mesmo período. As mulheres de 16 a 19 anos são 4 vezes mais propensas a serem estupradas, já mulheres universitárias, entre 18 a 24 anos possuem propensão em 3 vezes mais. Na mesma faixa etária, as não universitárias, possuem probabilidade em 4 vezes mais, em serem estupradas. (RAINN, 2017).

É inegável, portanto, debater sobre a violência sexual e todo o contexto de relações de poder, patriarcais, que acompanham historicamente nossa sociedade. A submissão das mulheres a uma cultura machista deve ser combatida incessantemente. Não é possível a disseminação da chamada cultura da paz se as mulheres não puderem transitar por espaços públicos e privados, sob a ameaça de serem grotescamente violentadas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo primeiro, conhecer a realidade objetiva dos casos de violência sexual contra mulheres que solicitaram o abortamento legal. As informações apresentadas, oriundas das FNI, demonstraram, de forma quantitativa, similaridades quanto as expressões da violência sexual e ao grupo de mulheres violentadas. Por meio do perfil do agressor e as características da violência, pode-se visualizar claramente que questões permearam e permeiam, a violência sexual contra mulheres.

Sendo a realidade objetiva considerada para além do fenômeno aparente, foi possível inferir relações de poder dos agressores para com suas vítimas, expressando o domínio, o pertencimento, bem como as agressões físicas, psicológicas, sexuais e morais expressas nos relatos investigados.

A categoria gênero, elencada na pesquisa como um referencial teórico, demonstrou ser capaz de dialogar com a historicidade das lutas das mulheres, explicitando diversificadas formas de violações às mulheres no decorrer da história. Ainda na contemporaneidade, as mulheres continuam em luta por seus espaços e por igualdade, em diferentes frentes. A violência sexual epidêmica, assim como as demais violências de outras naturezas, demonstra que ainda há homens que não aceitam a independência das mulheres, não tolerando sua presença em espaços públicos. Os números desta violência dão visibilidade ao que consideramos ser uma representatividade da impossibilidade do direito de ir e vir das mulheres, tornando perigoso o cotidiano de todas nós. Pelos resultados apresentados, por meio do pequeno recorte, foi possível identificar que os riscos das mulheres sofrerem violência sexual é muito mais presente do que se imagina.

Desta forma, o objetivo segundo da pesquisa que foi o de reconhecer os discursos expressos nos termos de relato circunstanciado realizados na solicitação do abortamento legal, subsidiou ou até mesmo comprovou, por meio das histórias e dos olhares das mulheres violentadas, todo o poder masculino exercido no recorte investigado.

As formas fortuitas de abordagem desses agressores, as ameaças perpetradas e a não procura destas mulheres por qualquer espécie de ajuda após o ato, demonstram o grande poder destes homens agressores, impactando nas decisões e encaminhamentos de tais situações.



Os relatos destas mulheres sobre a violência, o que sentiram, o que pensaram em fazer ou em não fazer após a violência, os temores que as assombraram, as lembranças, remetem a refletir a impossibilidade de julgamentos de situações tão complexas.

Neste sentido, aos profissionais cabe o acolhimento, bem como o cuidado em não revitimizar as mulheres atendidas, por meio de condutas baseadas em suas percepções pessoais. O respeito por tais histórias e a prestação imediata da assistência como um todo nestes casos, é fundamental para minimizar as sequelas da violência.

Por meio dos relatos fica expressa a necessidade em se discutir muito mais sobre violência sexual, promovendo possibilidades de demonstrar a sociedade os riscos eminentes desta, desmistificando falsos conceitos que dificultam o acesso das mulheres ao atendimento adequado. O desconhecimento do atendimento de saúde pode ser um dos motivos em buscar imediatamente os serviços de saúde, mas a carga moral e julgadora que culpabiliza quem não tem culpa, são também os grandes responsáveis pelo silêncio destas mulheres. Culpas insensatas que agravam ainda mais todas as dimensões das sequelas da violência.

Os objetivos da pesquisa, separados sistematicamente, demonstraram de forma única que a violência sexual não tem um perfil específico, pois a grande questão não está nas mulheres violentadas, no estereótipo destas. O perfil da violência está na verdade no agressor, nas relações entre homens e mulheres, na garantia de que mulheres podem ser violadas em diferentes espaços, em diferentes circunstâncias, neste estudo, por agressores desconhecidos, em sua grande maioria. Por esta razão, se fazem imprescindíveis discussões e reflexões sobre o crime de violência sexual, buscando desconstruir conceitos solidificados, tais como os que cristalizam a culpa das mulheres vitimadas.

No intuito de ampliar as reflexões, ficam em aberto possibilidades de pesquisas que tracem as características da violência sexual em âmbito nacional, condensando as discussões e viabilizando possibilidades de acesso ao tema, reforçando a importância de disponibilizar novos serviços de atendimento bem como o conhecimento destes pela população.

Para os profissionais de saúde, a pesquisa pode significar o estabelecimento de relações empáticas frente ao drama de uma gestação em decorrência de violência sexual, apresentando a estes o processo como um todo, o que muitas vezes na prática

não é possível mediante atendimentos fragmentados. Ainda neste quesito referente a relações de empatia, pode suscitar, por meio do conhecimento, o desejo de atuar em uma área ainda evitada por muitos profissionais.

Dar visibilidade as situações de violência sexual e suas consequências, uma delas a gestação, é de suma importância, particularmente se considerarmos os números apresentados na atualidade, e os consequentes sofrimentos. O direito a interromper a gestação proveniente de crime de estupro é garantido há 77 anos e ainda assim é um tema absolutamente controverso, todavia o que dizer da tentativa de alterar a Constituição Federal colocando o direito à vida desde a concepção, caracterizando sua inviolabilidade? Homens, em sua grande maioria, discutem tal questão, colocando as mulheres novamente em um cenário de subserviência, de passividade, de obediência, por meio da criminalização.

Sendo assim, não somente as mulheres devem se indignar com tamanha violação institucional, mas toda a sociedade, todos aqueles que acreditam que criminalizar vítimas nunca pode ser o caminho para uma sociedade que almeja ser justa e pacífica. O caminho está invertido, os retrocessos buscam engessar o papel das mulheres, retirando-lhes autonomia. Nesta perspectiva, a negação da perpetração da violência sexual contra as mulheres se configura num grande desserviço.

Por fim, com esta pesquisa, intencionou-se contribuir para a visibilidade da violência, suscitando muitas outras possibilidades de pesquisas e de acesso àqueles que desconhecem o assunto, mas que sensibilizam-se e desejam enfrentá-lo. Neste sentido, enquanto mestrande em saúde coletiva, compreendo que a maior divulgação do protocolo de atendimento a violência sexual em âmbito nacional, com a realização de capacitações aos profissionais de saúde, pode repercutir não só na empatia pela temática, mas na eficácia do atendimento, minimizando os agravos da violência sexual, como a gestação indesejada. Desta forma, a temática poderá âmbito profissional, o que já é um avanço. Imaginar a violência vivenciada, nunca será o suficiente, mas acolher sem discriminar é indispensável.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHAMMS, N. et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review 2014. **The Lancet**. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62243-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62243-6/fulltext)>. Acesso em: 03 out. 2015.
- AGUIAR, N. F. Patriarcado. In: TEIXEIRA, E.F; MENEGHEL, S.N. **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.
- ANDRADE, R. P. et al . Atendimento à mulher vítima de estupro em um Hospital Universitário. **Revista Femina**, vol. 27, nº5, jun1999. Acervo Serviço Social Maternidade do Hospital de Clínicas/UFPR.
- ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução nº 217 A (III), de 10 de dezembro de 1948**. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>>. Acesso em 21 jan. 2016.
- BARCHIFONTAINE C.P. **Bioética no início da vida**. 2010. Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor., Curitiba, v. 2, n. 1, p. 41-55, jan. 2010. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pistis>>. Acesso em 23 mar. 2016.
- BARWINSKI, S.L.L.B. O abortamento à luz do direito. In: ANDRADE, R.P.(Ed). **Violência Sexual Contra Mulheres: aspectos médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento**. Curitiba: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, 2016. p. 153-191.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**: 1.fatos e mitos.4ª edição. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.
- BLOG DO ESPARTILHO. **Entendendo o universo feminino**. Não paginado. Disponível em: <https://espartilho.wordpress.com/>. Acesso em 20 abr. 2017.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 07 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_.Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 ago. 1943. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm)>. Acesso em: 14 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 4.121 de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3

nov. 1962. Disponível em : <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/l4121.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4121.htm)>. Acesso em: 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.515 de 26 de dezembro de 1977. Regula os casos de dissolução da sociedade conjugal e do casamento, seus efeitos e respectivos processos, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 dez. 1977. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6515.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6515.htm)>. Acesso: 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.353 de 29 de agosto de 1985. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 ago. 1985. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/L7353.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm)>. Acesso em 25 out. 2016.

\_\_\_\_\_. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 de out. 1988. Seção 191-A, p. 1. Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso: 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Comissão de Seguridade Social e Família. **Projeto de Lei nº 1.135, de 1991. Suprime o artigo 124 do Código Penal Brasileiro**. Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/524097.pdf>>. Acesso em 13 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.100 de 29 de setembro de 1995. Estabelece normas para realização das eleições municipais de 03 de outubro de 1996, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 out. 1995. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9100.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9100.htm)>.

Acesso: 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**, 1. ed. Brasília, DF, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº737 de 16/5/01, publicada no DOU nº96 seção 1e, de 18/05/01. Brasília, 2002. Disponível em<

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>>. Acesso em 26 mar 2016

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 de jan. 2002, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm#art2045](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm#art2045)>. Acesso: 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Seção 1, p.11. Disponível em

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm#art8](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm#art8)>. Acesso em 30 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.** Uma Prioridade do Governo. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em 30 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.106, de 28 de março de 2005b. Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2005. Seção 1, p. 01. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11106.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11106.htm)>. Acesso em 21 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 ago. 2006. Seção 1, p.1. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em 20 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais.** Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 12.015 de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 ago. 2009, p.1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 29 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica.** 2ª ed. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[www.file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Atencao\\_humanizadaABORTO%20\(1\)](http://www.file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Atencao_humanizadaABORTO%20(1))>. Acesso em 16 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto 7.393, de 15 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 dez. 2010. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-010/2010/Decreto/D7393.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-010/2010/Decreto/D7393.htm)>. Acesso em 20 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). A relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 25 jan. 2011. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso em set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Fluxo de Atendimento em Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual**. Brasília, DF, 2011. Disponível em <<http://www.spm.gov.br/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude/acoes-de-saude/22-fluxo-atendimento-situacao-violencia-sexual.pdf/view>>. Acesso em 22 jan 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2011. Disponível em <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>> Acesso em 25 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**, Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 72 de 02 de abril de 2013. Altera a redação do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal para estabelecer a igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e os demais trabalhadores urbanos e rurais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 de abr. 2013, p.6. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc72.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc72.htm)>. Acesso em 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 ago. 2013. Seção 1, p. 01. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm)>. Acesso em 20 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Doenças e Acidentes (VIVA)**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf)>. Acesso em 22 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 485 de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 abr. 2014. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Abr/2/portaria-no-485-de-1o-de-abril-de-2014-redefine-o>>. Acesso em 20 jul.2016.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)**. Brasília: 2014a. Nota Técnica nº 11. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecniciadiest11.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecniciadiest11.pdf)>. Acesso em 23 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). **Tolerância social à violência contra as mulheres**. Brasília: 2014b. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327\\_sips\\_violencia\\_mulheres\\_novo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf)>. Acesso em 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 13.104, de 09 de março de 2015a. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 mar. 2015. Seção 1, p. 01. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm)>. Acesso em 20 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério de Justiça. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios**. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004 – 2014**. Brasília: 2016. Nota Técnica nº 24. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160309\\_nt\\_24\\_mulher\\_trabalho\\_marco\\_2016.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160309_nt_24_mulher_trabalho_marco_2016.pdf)>. Acesso em 08 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Justiça Eleitoral do Brasil. Tribunal Regional Eleitoral do Rio Grande do Norte. Disponível em <<http://www.tse.jus.br/eleitor/glossario/termos/voto-da-mulher>>. Acesso em 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e Cidadania. Missão. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/Acesso/institucional/sumario/missao>>. Acesso em 19 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Missão. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#61>>. Acesso em 19 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf>>. Acesso em 16 ago. 2016.



\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/legislacao>>. Acesso em 10 out. 2016.

BRZEZINSKI, I. A Investigação Qualitativa em Teses e Dissertações dos Programas de Mestrado e Doutorado em Educação: Estado do Conhecimento. In: COSTA, A.P.; SOUZA, D.N. de; SOUZA, F.N. de. **Investigação Qualitativa: Inovação, Dilemas e Desafios**. Ludomedia, 2016. P 1 – 154. v.1.

CARMO, M.A. et al. **Abortamento previsto em lei**: a contribuição do Serviço Social da maternidade de um hospital de ensino do Paraná na garantia do acesso aos direitos das mulheres que sofreram violência sexual. In: CONGRESSO MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR UNIMULT - HC/UFPR, 2014, Curitiba.

CERQUEIRA, D. Ipea admite que faltam dados sobre violência sexual. **Febrasgo**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=8675>>. Acesso em 29 mai. 2017.

COELHO, E.B.S.; SILVA, A.C.L.G.; LINDNER, S.R. **Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos**. Violência: definições e tipologias. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código De Ética Médica**. Disponível em: <<Http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual#cap2>>. Acesso em 19 mai. 2016.

COTTA, C.C.; PEREIRA, J.M.V.; FONSECA, C.R.S. Redes de movimentos sociais: a atuação em rede do movimento feminista na América Latina. **Revista Tecnologia e Sociedade**, n.20. Curitiba, 2014.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia. **Violência Contra a Mulher**: Perfil dos casos notificados em 2014.

DESLANDES, S.F.; LIMA, C.A. Violência Sexual contra Mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.3, p. 787-800, 2014. DOI. 10.1590/S0104-12902014000300005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf>>. Acesso em 21 jan. 2016.

DICIONÁRIO BRASILEIRO DA LÍNGUA PORTUGUESA. **Incomensurável**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso em 20 jun. 2016.

DUARTE, C.L. Feminismo e Literatura no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, v. 17. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9950>>. Acesso em jun. 2016.

EGRY, E. Y.; FONSECA, M. G. S. da. **Acerca da qualidade nas pesquisas qualitativas em Enfermagem**. In: SOUZA, F. N.; SOUZA, D. N.; COSTA, A. P. (Org.). **Investigação qualitativa: inovação, dilemas e desafios**. Aracaju: EDUNIT, 2014. p. 75-102.



FAÚNDES, A. **Atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. Seis anos de deliberações.** Síntese dos Relatórios dos Fóruns I a VI, Campinas, 2002.

\_\_\_\_\_ et al. Relatório final: X Fórum interprofissional sobre violência contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei. **Femina**, v.35, n.1, p. 55 -58, 2007. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>> Acesso em: 27 fev. 2016.

FONSECA, R. M.G. S. **Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença.** PROENF- Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2008, v. 3, p. 9-39.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015.** São Paulo, 2015. Disponível em <[http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario\\_2015.retificado\\_.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2015.retificado_.pdf)> Acesso em 22 out. 2015.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** 17 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GIL, A.C. **Estudo de Caso.** São Paulo: Atlas, 2009.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GOUGES, O. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. **Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã.** Universidade de São Paulo (USP). França, 1791. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antigos-a-criacao-da-Sociedade-das-Nacoes-até-1919/declaracao-dos-direitos-da-mulher-e-da-cidada-1791.html>>. Acesso em 20 fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010.** Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/materiais/guia-do-censo/questionarios.html>>. Acesso em 30 out. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL (INSS). **Manual de Acidente de Trabalho.** Brasília: 2016. Disponível em: <<http://www.athcsm4.com.br/ubrafe/upload/Manual-de-Acidente-de-Trabalho-INSS-2016.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2017.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. Disponível em <<http://www.mariadapenha.org.br>>. Acesso em 27 jan. 2016.

KOSIC, K. **Dialética do Concreto.** 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2002. Disponível em <<http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>>. Acesso em 30 set. 2015.

LAROCCA, G.M. **O corpo feminino no cinema de horror: gênero e sexualidade nos filmes carrie, halloween e sexta-feira 13 (1970 - 1980)**. 212 f. Dissertação (Mestrado em História) – Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

MACHADO, C. L. et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, fev. 2015.

MACHADO, L.Z. O patriarcado não está na cabeça das feministas. *Radis*, Rio de Janeiro, n.166, p.21, 2016. Entrevista. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/166>>. Acesso em 13 fev. 2017.

MADEIRO, A.P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, p. 563 – 572, 2016.

MARTINS, A.P.V. **Visões do Feminino: A Medicina da Mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MATOS, M., PARADIS, C.G. Desafios à despatriarcalização do Estado brasileiro. **Dossiê O Gênero da Política: Feminismos, Estado e Eleições**. Cadernos Pagu, n. 43, 2014. 62 p.

MATOS, M. Feminismo. In: TEIXEIRA, E.F; MENEGHEL, S.N. **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

\_\_\_\_\_. Gênero. In: TEIXEIRA, E.F; MENEGHEL, S.N. **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

MELLO, S.C. Eu sou: Simone de Beauvoir. In: GARCIA, O.R.Z; GROSSI, M.P.(Org.). **Fuxico. Uma maneira lúdica de contribuir para o aprendizado das questões de gênero, sexualidade e raça/etnia**. Universidade Federal de Santa Catarina: Ed. Copiart, 2012.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.(Org.). **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.et al. **Impactos da Violência na Saúde**. 3 ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”**, Belém do Pará, 1994. Disponível em:

<<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em 23 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **MULHERES E SAÚDE: Evidências de hoje agenda de amanhã**. Brasil, 2011. Disponível em <[http://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)>. Acesso em 19 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Conferência Internacional do Cairo**, Egito, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 12 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Conferência Mundial sobre a Mulher**, 4, Pequim, 1995. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingdeclaration.html>>. Acesso em 12 fev. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Caderno Temático de Vigilância de Violências e Acidentes no Paraná**. Curitiba, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado. Secretaria do Desenvolvimento Urbano. **Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba**. Disponível em: <<http://www.comec.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=89>> Acesso em 30 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Regionais de saúde. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em 23 fev. 2017.

PERES, M.F.T. Prevenção, atenção e controle de violências interpessoais comunitárias. In: **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Paim, JS; Almeida Filho, N de. , 1ª edição – Rio de Janeiro. Ed. Medbook, 2014.

PERNA, P.O.; CHAVES, M.M.N. 2008) **O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem**. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf>>. Acesso em 12 mar. 2017.

PITANGUY, P.; BARSTED, L.L. Um instrumento de conhecimento e de atuação política. In: LEILA, L. B., JAQUELINE, P. Org. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003 – 2010**. Rio de Janeiro: CEPIA. Brasília: 2011.

PORTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Criação da 1ª Delegacia de defesa da mulher do país completa 30 anos. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/criacao-da-1-delegacia-de-defesa-da-mulher-do-pais-completa-30-anos/>>. Acesso em 25 fev. 2017.

PRATA, A.R.S. A vítima de estupro já chega na delegacia com culpa. Carta Capital, São Paulo, 2016. Entrevista. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/ping-ana-rita>>. Acesso em 28 mai. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Atenção à Mulher em Situação de Violência**. Curitiba, 2002.

RAPE, ABUSE&INCEST NATIONAL NETWORK (RAINN). **Victims of Sexual Violence: Statistics**. Disponível em:  
<<https://www.rainn.org/statistics/victims-sexual-violence>>. Acesso em 17 ago. 2017.

RIBEIRO, C.E.L. Prevenções de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV. In: **Violência Sexual Contra Mulheres – Aspectos médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento**. Curitiba, 2016. P. 84-96.

ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SAFFIOTI, H.I.B. O Poder do Macho. In: Violência de gênero. CASSAB, L.A. In: TEIXEIRA, E.F; MENEGHEL, S.N. **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

SANTA CATARINA. Município de Mafra. Disponível em:  
<<http://webcarta.net/carta/mapa.php?id=238&lg=es>>. Acesso em 27 fev. 2017.

SCOTT, J.W. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Tradução de: DABAT, C.R.; ÁVILA, M.B. Título original: Gender: a useful category of historical analyses. New York, Columbia University Press, 1989.

SOUZA, F.N. et al. **webQDA – Manual de Utilização Rápida**. Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, 2016.

STEARNS, P.N. **História das relações de gênero**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2010.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Serie Inclusão: a conquista do voto feminino no Brasil**. Disponível em:  
<<http://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2013/Abril/serie-inclusao-a-conquista-do-voto-feminino-no-brasil>>. Acesso em 26 mai. 2016.

TYLOR, E. *Primitive Culture*. in LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 14 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

UN WOMEN. **The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)**, 1979. Disponível em:  
<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm#>> Acesso em 23 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). **Jornal do Complexo Hospital de Clínicas**. Edição: 150. Curitiba, 2015. Disponível em:

<[http://www.hc.ufpr.br/arquivos/jhc\\_150\\_-\\_edicao\\_1\\_-\\_2015\\_-\\_completo.pdf](http://www.hc.ufpr.br/arquivos/jhc_150_-_edicao_1_-_2015_-_completo.pdf)>  
[Acesso em abr. 2016.](#)

# ANEXO 1

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA



FOLHA 1

Nº \_\_\_\_\_

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

<b>Dados Gerais</b>	*3 Data da notificação _____		*4 Hora do atendimento (00:00-23:59) ____:____:____		*5 UF PR		*6 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902	
	*7 Unidade Notificadora (UN) 1 – Unidade de Saúde    2 – Unidade de Assistência Social    3 – Estabelecimento de Ensino 4 – Conselho Tutelar    5 – Unidade de Saúde Indígena    6 – Centro Especializado à Mulher    7 – Outros		*8 Nome e Código da UN		*9 Unidade de Saúde		*10 Código de CNES		*11 Data da ocorrência da violência	
<b>Notificação Individual</b>	*12 Nome		*13 Idade 1 – Hora    2 – Dia    3 – Mês    4 – Ano		*14 Sexo M – Masculino    F – Feminino    I – Ignorado		*15 Gestante 1 – 1º trimestre    2 – 2º trimestre    3 – 3º trimestre    4 – Idade gestacional ignorada    5 – Não    6 – Não se aplica    9 – Ignorado		*16 Data de nascimento	
	*17 Escolaridade 0 – Analfabeto 1 – 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 – 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 – 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)		*18 Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 4 – Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 5 – Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 6 – Ensino superior incompleta		*19 Educação superior completa 7 – Educação superior completa 8 – Educação superior completa 9 – Ignorado 10 – Não se aplica		*20 Raça/Cor 1 – Branca    2 – Preta    3 – Amarela    4 – Parda    5 – Indígena    9 – Ignorado			
	*21 Número do Cartão SUS		*22 Nome da mãe / responsável		*23 Nome do pai / responsável					
	*24 UF		*25 Município de residência		Código (IBGE)		*26 Distrito / Regional			
<b>Dados de Residência</b>	*27 Bairro		*28 Logradouro (rua, avenida...)		Código					
	*29 Número		*30 Complemento (apto, casa...)		*31 Vila		*32 Geo Campo 1			
	*33 Geo Campo 2		*34 Ponto de referência		*35 CEP		*36 CEP		*37 País (se reside fora do Brasil)	
	*38 (DDD)Fone		*39 Zona 1 – Urbana    2 – Rural    3 – Periurbana    9 – Ignorado		*40 País (se reside fora do Brasil)					
<b>Dados da Pessoa Atendida</b>	*41 Nome Social (se travesti / transexual)		*42 Ocupação							
	*43 Situação conjugal/Estado civil 1 – Solteiro    2 – Casado/união consensual    3 – Viúvo    4 – Separado    8 – Não se aplica    9 – Ignorado		*44 Orientação sexual 1 – Heterossexual    2 – Homossexual (gay/lésbica)    3 – Bissexual    8 – Não se aplica (criança de 0 a 9 anos)    9 – Ignorado							
	*45 Identidade de gênero 1 – Travesti    2 – Mulher transexual    3 – Homem transexual    8 – Não se aplica    9 – Ignorado		*46 Possui algum tipo de deficiência, transtorno 1 – Sim    2 – Não    9 – Ignorado							
	*47 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno Deficiência física    Deficiência intelectual    Deficiência visual    Deficiência auditiva    1 – Sim    2 – Não    8 – Não se aplica    9 – Ignorado		*48 Transtorno mental    Transtorno de comportamento    Outras							
<b>Dados da Ocorrência</b>	*49 UF		*50 Município de ocorrência		Código (IBGE)		*51 Distrito/Regional			
	*52 Bairro		*53 Logradouro (rua, avenida...)		Código					
	*54 Número		*55 Complemento (apto, casa...)		*56 Vila		*57 Geo Campo 3		*58 Geo Campo 4	
	*59 Ponto de referência		*60 Zona 1 – Urbana    2 – Rural    3 – Periurbana    9 – Ignorado		*61 Hora da ocorrência (00:00-23:59 hs) ____:____:____					
<b>Tipologia da Violência</b>	*62 Local de ocorrência 01 – Residência    02 – Habitação coletiva    03 – Escola    04 – Local de prática esportiva    05 – Bar ou similar    06 – Via pública    07 – Comércio/serviço    08 – Indústria/construção    09 – Outro: _____    99 – Ignorado		*63 Ocorreu outras vezes 1 – Sim    2 – Não    9 – Ignorado		*64 A lesão foi autoprovocada? 1 – Sim    2 – Não    9 – Ignorado					
	*65 Essa violência foi motivada por: 01 – Sexismo    02 – Homofobia / lesbofobia / bifobia / transfobia    03 – Racismo    04 – Intolerância religiosa    05 – Xenofobia    06 – Conflito geracional    07 – Situação de rua    08 – Deficiência    09 – Outros Qual? _____    88 – Não se aplica    99 – Ignorado		*66 Tipo de violência 1 – Sim    2 – Não    9 – Ignorado Física    Psicológica / moral    Sexual    Tráfico de seres humanos    Financeira / econômica    Negligência / abandono    Trabalho infantil    Proteção    Saúde    Educação    Estrutural    Intervenção legal    Outros							
	*67 Meio de agressão 1 – Sim    2 – Não    9 – Ignorado Força corporal/espantamento    Enforcamento    Objeto contundente    Objeto perfuro-cortante    Substância/objeto quente    Envenenamento/ intoxicação    Arma de fogo    Ameaça    Outro		*68 Natureza 1 – Doméstica/familiar    2 – Extrafamiliar    3 – Autoagressão    4 – Institucional    5 – Violência fetal							

\* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN





**ANEXO 2**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Por meio deste instrumento eu, \_\_\_\_\_, documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ registro hospitalar nº \_\_\_\_\_ e/ou meu representante legal/responsável \_\_\_\_\_ documento de identificação tipo \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço-o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida(os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital \_\_\_\_\_ aos procedimentos necessários.



Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
Nome, identificação e assinatura

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
Nome, identificação e assinatura

**ANEXO 3**  
**TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA**  
**GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO**  
**(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)**

**TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA**  
**GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO**

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de \_\_\_\_\_ do Hospital \_\_\_\_\_, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária \_\_\_\_\_, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, registro hospitalar nº \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

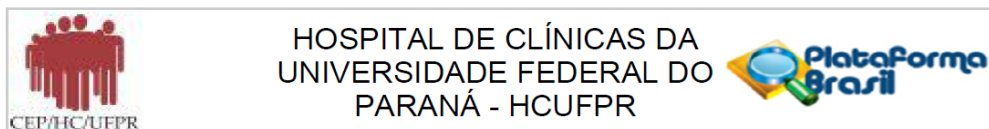
Equipe multiprofissional:

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura

**ANEXO 4**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DE**  
**CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ABORTAMENTO LEGAL - ESTUDO DE CASO NUM HOSPITAL PÚBLICO DO SUL DO PAÍS

**Pesquisador:** Maria Cristina Dias de Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53709315.8.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.474.539

**Apresentação do Projeto:**

ABORTAMENTO LEGAL - ESTUDO DE CASO NUM HOSPITAL PÚBLICO DO SUL DO PAÍS

**Objetivo da Pesquisa:**

CONHECER A REALIDADE OBJETIVA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES, NOTIFICADOS NO HC/UFPR NO PERÍODO DE 2009 A 2015; IDENTIFICAR O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS NO PERÍODO PROPOSTO E QUE SOLICITARAM O PROCEDIMENTO ABORTAMENTO LEGAL, INDEPENDENTE DESTE TER SIDO REALIZADO OU NÃO; RECONHECER NOS TERMOS DE RELATO CIRCUNSTANCIADO OS DISCURSOS EXPRESSOS DAS MULHERES QUE SOLICITARAM O PROCEDIMENTO

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

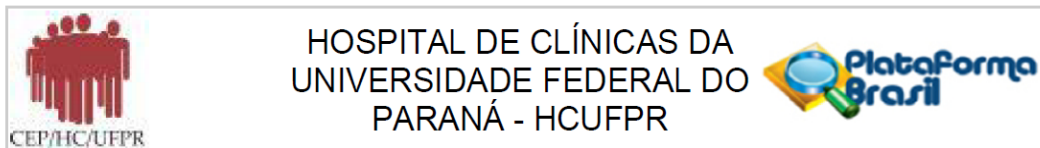
**Riscos:**

OS RISCOS DA PESQUISA SÃO RELATIVOS A COLETA DOS DADOS DAS PACIENTES. A MINIMIZAÇÃO DESTES RISCOS OCORRERÁ ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE CÓDIGOS ALFANUMÉRICOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DESTAS MULHERES.

**Benefícios:**

PROMOVER O DEBATE ACERCA DA VIOLÊNCIA SEXUAL, BUSCANDO DESMISTIFICAR A TEMÁTICA,

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.474.539

DISCUTINDO A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA, PROPICIANDO DESTA FORMA MAIOR CONHECIMENTO ACERCA DE AÇÕES PROFILÁTICAS DE SAÚDE, QUE ALÉM DE PREVENIR A INFECÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A PESQUISA É CARÁTER QUALITATIVA E QUANTITATIVA. TRATA-SE DE UM ESTUDO DESCRITIVO QUANTO AOS FINS E ESTUDO DE CASO QUANTO AOS MEIOS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

todos os termos de apresentação foram cumpridos

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	24/02/2016		Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

## ANEXO 5

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

#### FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>		Código (CID10) Y09	4 UF	
	5 Município de notificação		Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	
	7 Data da ocorrência da violência		Código (CNES)		
<b>Notificação Individual</b>	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
<b>Dados de Residência</b>	17 UF		18 Município de Residência		
	Código (IBGE)		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2		
	26 Ponto de Referência		27 CEP		
28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
<b>Dados Complementares</b>					
<b>Dados da Pessoa Atendida</b>	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
	33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		34 Relações sexuais 1 - Sim 2 - Não 8-Não se aplica 9- Ignorado 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	35 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		36 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento		
	37 UF		38 Município de ocorrência		Código (IBGE)
<b>Dados da Ocorrência</b>	39 Distrito		40 Bairro		
	41 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	42 Número		43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Geo campo 3
	45 Geo campo 4		46 Ponto de Referência		
	47 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	49 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		50 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
51 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan

SVS 13/11/2007

Tipologia da violência	52 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			53 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			<input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
Violência Sexual	54 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			55 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Em casos de violência	56 Procedimento indicado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei					
Lesão	57 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____					
Dados do provável autor da agressão	58 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			59 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	01 - Sem lesão 04 - Entorse/luxação 07 - Traumatismo dentário 10 - Intoxicação 02 - Contusão 05 - Fratura 08 - Traumatismo crânio-encefálico 11 - Queimadura 03 - Corte/perfuração/laceração 06 - Amputação 09 - Politraumatismo 12 - Outros _____ 99 - Ignorado			10 - Órgãos genitais/ânus 11 - Múltiplos órgãos/regiões 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		
Evolução e encaminhamento	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado			61 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____			62 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Informações complementares e observações	64 Evolução do caso / Encaminhamento no setor saúde 1- Alta 2- Encaminhamento ambulatorial 3- Internação hospitalar 4- Evasão / Fuga 5- Óbito por Violência 6- Óbito por outras causas 9- Ignorado			65 Se óbito, data		
	66 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
Notificador	67 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			68 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	69 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX			70 Classificação final do caso 1- Suspeito/provável 2- Confirmado 3- Descartado 9- Ignorado		
71 Data de encerramento						
<b>Informações complementares e observações</b> Nome do acompanhante _____ Função/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____ _____						
<b>Disque-Saúde 0800 61 1997</b> <b>TELEFONES ÚTEIS</b> <b>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100</b> <b>Central de Atendimento à Mulher 180</b>						
Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
Nome			Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			Sinan		SVS 13/11/2007	